



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA PSICOLOGÍA

**PROGRAMA PARA DISMINUIR CONDUCTAS AGRESIVAS DIRIGIDO A  
VÍCTIMAS DE ABANDONO INFANTIL**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

DIANA ITZEL GUILLEN GONZÁLEZ

JURADO DE EXAMEN

TUTORA: MTRA. GABRIELA CAROLINA VALENCIA CHÀVEZ

COMITÉ: DR. JOSÈ MARCOS BUSTOS AGUAYO

DRA. LUZ MARÌA FLORES HERRERA

LIC. PATRICIA JOSEFINA VILLEGAS ZAVALA

MTRA. EDITH ROMERO GÒDINEZ



**PAPIIT IN-306109**

México, D.F.

Marzo 2011



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

---

## AGRADECIMIENTOS

Al término de esta etapa de mi vida, quiero dedicar y expresar un profundo agradecimiento a quienes con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr esta hermosa realidad.

*Gracias.*

A mi mamá que es el ser más maravilloso de todo el mundo y a quien jamás encontrare la forma de agradecer el que me haya brindado su mano en las derrotas y logros de mi vida. Gracias por el apoyo moral, tu cariño y comprensión que desde niña me has brindado, por guiar mi camino y estar junto a mí en los momentos más difíciles y compartir mis alegrías.

Gracias por guiar mi vida con energía, esto ha hecho que sea lo que soy, haciendo de este triunfo más tuyo que mío.

*Con amor, admiración y respeto.*

Maestra Gaby por mi excelencia y formación profesional, gracias por su cariño, guía, apoyo y el tiempo dedicado. Este presente simboliza mi gratitud por toda la responsabilidad e invaluable ayuda que siempre me ha proporcionado. Porque gracias a su apoyo y consejos, he llegado a realizar una de mis grandes metas lo cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir.

*Con mi más sincero cariño y admiración.*

A los niños del DIF Casa cuna Coyoacan gracias por su valiosa participación, gracias por ayudarme hacer de este sueño una realidad.

*Con todo mi cariño.*

---

Dora. Luz María gracias por todo su apoyo y confianza. Al Dr. Marcos, Mtra. Paty y Mtra. Edith por sus consejos y motivación. Solo espero que comprendan que mis ideales, esfuerzos y logros han sido también suyos e inspirados en ustedes.

*Con cariño, respeto y admiración.*

A la UNAM que a través de la Dirección General de Asuntos de Personal Académico (DEGAPA), bajo el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT), financio la presente investigación. Clave del Proyecto **IN-306109**.

Agradezco a todos mis amig@s por su apoyo, consejos, ánimos y disponibilidad para ayudarme.

*Los quiero mucho.*

---

## ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Resumen</b>   | <b>9</b>  |
| <b>Introducción</b>  | <b>10</b> |
| <br><b>Capítulo 1. EL NIÑO ABANDONADO E INSTITUCIONALIZADO</b> |           |
| <b>1.1. Causas que generan el Abandono Infantil.</b>           | <b>14</b> |
| <b>1.2. Abandono Infantil.</b>                                 | <b>16</b> |
| - Abandono moral   | 16        |
| - Abandono material  | 16        |
| <b>1.3. Rasgos de los niños abandonados.</b>                   | <b>17</b> |
| - Físicos  | 19        |
| - Psíquicos  | 19        |
| - Intelectuales  | 19        |
| - Afectivos  | 20        |
| - Sociales   | 21        |
| - En relación con la familia                                   | 21        |
| - En relación con las educadoras                               | 22        |
| - En relación con la institución                               | 23        |
| - En relación con la sociedad                                  | 23        |
| <b>1.4. Modelos explicativos del Abandono Infantil.</b>        | <b>25</b> |
| - Modelo Sociointeraccional                                    | 25        |
| - Modelo Transicional  | 26        |

---

|  |           |
|--|-----------|
| - Modelo Ecosistémico  | 26        |
| - Modelo Transaccional   | 26        |
| - Modelo Ecológico   | 27        |
| - Modelo Sociológico   | 28        |
| <b>1.5. Las instituciones como contexto en el desarrollo humano.</b>                                   | <b>32</b> |
| - Aspectos generales de la institucionalización  | 35        |
| - Su función   | 35        |
| - Su necesidad   | 36        |
| - Peligros que implica   | 37        |
| <b>1.6. Efectos de la institucionalización en los problemas conductuales de los niños abandonados.</b> | <b>38</b> |
| - Consecuencias generales del Abandono Infantil  | 41        |
| - Consecuencias Psicológicas   | 41        |
| - Consecuencias en el comportamiento   | 42        |

## **Capítulo 2. CONDUCTAS AGRESIVAS EN LA EDAD INFANTIL**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>2.1. Definición y tipos de Conductas Agresivas.</b>                             | <b>56</b> |
| - Tipos de Conductas Agresivas   | 57        |
| <b>2.2. Factores que favorecen el desarrollo de la agresividad en la infancia.</b> | <b>60</b> |
| <b>2.3. Perspectivas teóricas de la Agresividad.</b>                               | <b>62</b> |
| <b>2.4. Trastornos relacionados con la Conducta Agresiva.</b>                      | <b>68</b> |

---

## **Capítulo 3. MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN NIÑOS AGRESIVOS**

|  |            |
|--|------------|
| <b>3.1. Objetivos de la Modificación de Conducta.</b>  | <b>72</b>  |
| - Principales Orientaciones  | 72         |
| <b>3.2. Descripción general de los Programas de Modificación de Conducta (PMC).</b>  | <b>75</b>  |
| <b>3.3. Técnicas cognitivo-conductuales para la Modificación de Conducta.</b>  | <b>76</b>  |
| <b>3.4. Efecto de los Programas de Modificación de Conducta en niños agresivos.</b>  | <b>87</b>  |
| <br>   |            |
| <b>Metodología</b>   | <b>92</b>  |
| <br>   |            |
| <b>Resultados</b>  | <b>104</b> |
| Descripción de la evaluación en términos grupales, conforme el diseño (A-B-A)  | 104        |
| Descripción de la evaluación por participante, conforme al diseño (A-B-A)  | 107        |
| Descripción de la evaluación del comportamiento de las conductas agresivas de los participantes durante la intervención del programa | 122        |
| Descripción de la evaluación respecto al área de conocimientos en base al diseño (A-B-A)   | 125        |
| <br>   |            |
| <b>Discusión</b>   | <b>128</b> |
| <br>   |            |
| <b>Referencias</b>   | <b>144</b> |
| <br>   |            |
| <b>Apéndices</b>   | <b>156</b> |

---

## ÍNDICE

### TABLAS Y GRÁFICAS

|  |     |
|--|-----|
| <b>Tabla 1.</b> Descripción de las características de los participantes.   | 95  |
| <b>Tabla 2.</b> Tasa de respuesta de las conductas agresivas de los participantes durante las fases de evaluación A-B-A. | 104 |
| <b>Gráfica 1.</b> Evaluación grupal durante las fases del diseño A-B-A.  | 106 |
| <b>Tabla 3.</b> Frecuencia de las conductas agresivas del participante 1 durante las tres fases de evaluación.           | 108 |
| <b>Gráfica 2.</b> Frecuencia de las conductas agresivas del participante 1 en cada una de las sesiones de evaluación.    | 109 |
| <b>Tabla 4.</b> Frecuencia de las conductas agresivas del participante 2 durante las tres fases de evaluación.           | 111 |
| <b>Gráfica 3.</b> Frecuencia de las conductas agresivas del participante 2 en cada una de las sesiones de evaluación.    | 112 |
| <b>Tabla 5.</b> Frecuencia de las conductas agresivas del participante 3 durante las tres fases de evaluación.           | 114 |
| <b>Gráfica 4.</b> Frecuencia de las conductas agresivas del participante 3 en cada una de las sesiones de evaluación.    | 115 |
| <b>Tabla 6.</b> Frecuencia de las conductas agresivas del participante 4 durante las tres fases de evaluación.           | 117 |
| <b>Gráfica 5.</b> Frecuencia de las conductas agresivas del participante 4 en cada una de las sesiones de evaluación.    | 118 |
| <b>Tabla 7.</b> Frecuencia de las conductas agresivas del participante 5 durante las tres fases de evaluación.           | 120 |
| <b>Gráfica 6.</b> Frecuencia de las conductas agresivas del participante 5 en cada una de las sesiones de evaluación.    | 121 |
| <b>Tabla 8.</b> Frecuencia del comportamiento de las conductas agresivas de los participantes.                           | 122 |



---

**Gráfica 7.** Comportamiento de las conductas agresivas de cada uno de los participantes, durante la implementación del programa. 123

**Gráfica 8.** Promedios generales respecto al área de conocimientos de los participantes durante las tres fases de evaluación. 126

---

## RESUMEN

En el segundo Censo Nacional de Población 2005 que realizó el INEGI registró que en México existen 11 mil 75 niñ@s que se encuentran en situación de abandono, siendo institucionalizados en los 657 hogares infantiles existentes en la República. Además del hogar familiar el único entorno que sirve como contexto amplio para el desarrollo humano, a partir de los primeros años de vida, es la institución infantil, siendo desde una perspectiva ecológica la existencia de tal contexto importante porque ofrece la oportunidad de investigar la influencia que un entorno primario produce en el desarrollo del niño (Moreno, 2006). En estudios sobre la repercusión que la institucionalización provoca en el desarrollo normal del niño, se ha logrado detectar, que las circunstancias ambientales propias de la institución, producen un progresivo deterioro de la conducta, así cuando más pequeño es el niño y más largo el periodo de institucionalización, más deterioro produce en su conducta y formación Mardomingo 1981 (citado en Jiménez, López, Jiménez, González y Gómez, 1986). Siendo la principal consecuencia la manifestación de conductas agresivas (Méndez y González, 2002). El objetivo de la presente investigación fue disminuir conductas agresivas en niños abandonados e institucionalizados, para lo cual se aplicó un programa de intervención con estrategias cognitivo-conductuales para la modificación de conducta, por ser las más eficaces en el abordaje del TDAH y la agresividad infantil Kazdin, Siegel y Bass 1992 (citados en Fajardo y Hernández, 2008). El programa se aplicó a seis niños identificados como agresivos, para lo cual se elaboró un catálogo de conductas agresivas. Los resultados señalaron que el programa de intervención resultó eficaz en la regulación del comportamiento de los menores, logrando disminuir las conductas agresivas, mejorando su capacidad de auto-control y adaptación a las normas sociales; así como también en los hábitos de la vida diaria de los niños como el orden y la colaboración.

**Palabras clave:** Abandono infantil, Niño abandonado, Niño institucionalizado, Agresividad infantil, Programas de Modificación de Conducta (PMC), Estrategias cognitivo-conductuales.

---

## INTRODUCCIÓN

Actualmente el abandono de niños y niñas es un problema social en ascenso, esto se debe a una situación socioeconómica y cultural, donde la madre y el padre de familia mexicana tienen la necesidad de irse a trabajar para conseguir los medios económicos suficientes para poder sobrevivir. De modo que ya no existe la atención debida a los menores, donde anteriormente la madre estaba dentro del hogar y cuidaba a sus hijos, inculcándoles enseñanzas y valores que interiorizaban; pues es ahora la inserción de la mujer al mercado laboral lo que ha propiciado el fenómeno de abandono (Pérez y Reyes, 2005).

Estas situaciones de pobreza económica, vivienda inadecuada, insalubridad, ignorancia, entre otros, favorecen a la vez cuadros de delincuencia, prostitución, alcoholismo y el desarrollo de una vida familiar desintegrada donde con frecuencia se presenta el abandono del padre e irresponsabilidad de la madre o bien abandono del grupo familiar por ambos padres, generando de este modo el abandono infantil (Johnson y cols. 2007).

Los mismos autores señalan que el abandono infantil es un problema de suma importancia, en el que la familia desempeña un rol de gran valor, ya que es la unidad social básica. Debido a la intensidad de las emociones que ella genera y de otra índole que proporciona, así como las funciones que ello implica en lo que corresponde a la educación y el cuidado del niño, parece ofrecer una amplia evidencia de su prioridad como grupo social fundamental.

Ante esto, se ha hablado mucho y escrito acerca de este grave problema del niño sin familia que procuran suplir las instituciones a las que queda encomendado, pues además del hogar familiar el único entorno que sirve como contexto amplio para el desarrollo humano, a partir de los primeros años, es la institución infantil.

Desde una perspectiva ecológica la existencia de tal contexto es importante porque ofrece la oportunidad de investigar la influencia que un entorno primario contrastante produce en el curso del desarrollo, a través de la infancia, la adolescencia, y a veces más allá, durante la madurez y la ancianidad (Moreno, 2006).

---

Como lo plantea Maclean (2003), una de las principales investigadoras en el tema: “la vida en los orfanatos y la privación intelectual, física, social y emocional que esta conlleva se constituyen claramente en un factor de riesgo para un desarrollo menos óptimo”. Confirmando que los niños institucionalizados muestran más agresividad que aquellos no institucionalizados, en los que se ha comprobado la ausencia de carencias físicas o psíquicas graves Musitu, Clemente, Escarti, Ruipérez y Roman 1990 (citados en Jiménez y cols. 1986).

Ante esto, es importante intervenir a una edad temprana sobre las consecuencias que implica el abandono de niños y niñas, de tal manera que si no se trata oportunamente por ser un problema con inicio en la infancia, no solo tiende a persistir en la edad adulta, sino que también se exagera con el paso del tiempo. Siendo precursora la conducta agresiva, en gran medida, de comportamientos antisociales a corto y mediano plazos, tales como la criminalidad y la delincuencia, el abuso de sustancias y las relaciones sexuales tempranas (Widom, Schurk & White, 2006).

Además, llega a repercutir sobre otros desenlaces como el fracaso escolar y el rechazo de los compañeros, pues las repercusiones de la conducta agresiva se asocian con la pérdida de productividad y la necesidad de intervenciones continuas a corto y largo plazos (Rhule, Riksen & Bakel, 2007).

Motivo por el cual, en la presente investigación el objetivo fue disminuir conductas agresivas en niños abandonados e institucionalizados. Para lo cual se elaboró e implementó un programa de estrategias cognitivo-conductuales, ya que como Calderón (2001), indica son los tratamientos cognitivo-conductuales los que se han dirigido primordialmente a dos áreas de intervención: la primera, a los déficits en la atención sostenida, al control de la impulsividad y la mejora en el rendimiento académico y las habilidades sociales, y la segunda, a reducir la actividad excesiva, las conductas oposicionistas desafiantes y las conductas agresivas.

Asimismo, el diseño A B A bajo el cual se llevó a cabo el análisis de los resultados, permitió ver como los niños antes de la intervención presentaban una tasa de respuesta alta en cuanto a la ejecución de conductas agresivas. Posteriormente, con la implementación del programa estas disminuyen favorablemente e incluso quedando eliminadas por completo en alguno de los participantes. Finalmente, en la fase de seguimiento se pudo observar como la tasa de respuesta aumenta quedando por debajo de la tasa de respuesta inicial previa a la intervención del programa.

---

De esta manera, en el Capítulo 1 se dan a conocer las causas principales que generan el abandono infantil, así como los rasgos físicos, psíquicos, intelectuales y afectivos que caracterizan a los niños abandonados dentro de una institución. Del mismo modo, se dan a conocer los rasgos sociales, en relación con la familia, educadoras, la institución y la sociedad en general.

Posteriormente, se dan a conocer los principales modelos explicativos del abandono infantil. Y se concluye con los efectos que una institucionalización prolongada tiene sobre los problemas conductuales de los niños abandonados.

En el Capítulo 2 se abordan las conductas agresivas en la edad infantil, se dan a conocer los factores que favorecen el desarrollo de la agresividad en la infancia, las perspectivas teóricas de la agresividad y los principales trastornos relacionados con la conducta agresiva.

En el Capítulo 3 se hace una descripción detallada sobre el impacto que los Programas de Modificación de Conducta (PMC) tienen sobre la agresividad infantil. Asimismo, se describen las estrategias cognitivo-conductuales que ha resultado ser las más eficaces en la disminución de conductas agresivas.

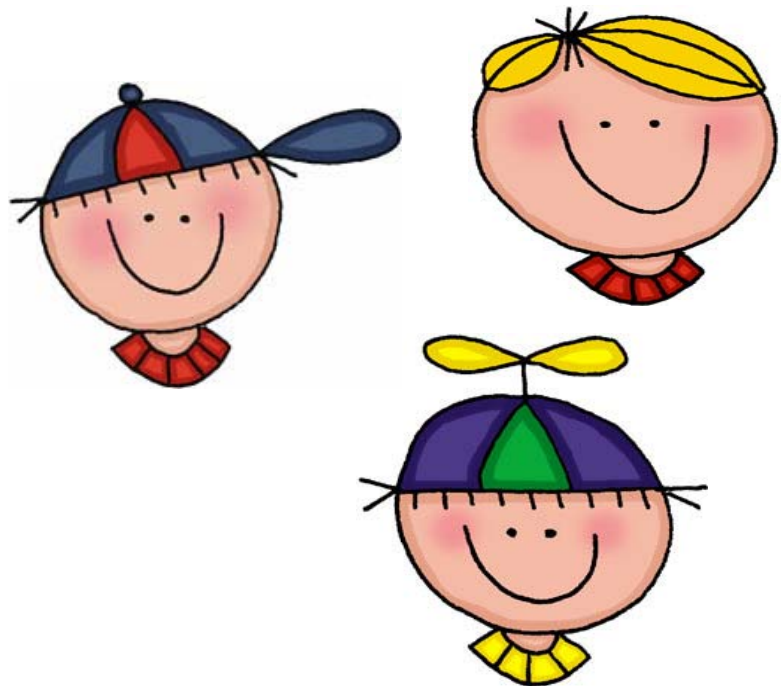
Después se da paso a la explicación de la metodología, que incluye el proceso completo y las características que tuvo la presente investigación; para posteriormente mostrar el análisis de los resultados obtenidos.

Finalmente, se encuentra la discusión donde se despliega la explicación de los resultados, tomando en cuenta los conocimientos y teorías aportadas por otros investigadores; además de resaltar las observaciones que se hicieron durante el avance de la investigación, dando a conocer las limitantes y aportaciones para investigaciones posteriores.



# EL NIÑO ABANDONADO E INSTITUCIONALIZADO

## CAPÍTULO 1



---

## *EL NIÑO ABANDONADO E INSTITUCIONALIZADO*

### *Capítulo 1*

#### **1.1. Causas que generan el Abandono Infantil.**

La situación por la que atraviesan los diferentes países en condiciones de desarrollo como México, presentan situaciones de privación social y humana en un alto porcentaje de la población que generan a su vez disfunciones dentro de la organización familiar y del propio abandono infantil. Así, algunos de los indicadores que causan el abandono de niñas y niños de acuerdo con Johnson, Kliegman, Behrman, Jenson & Stanton (2007) son:

Como primer lugar, se encuentra el crecimiento demográfico, que tiende a duplicar la población en un periodo de poco más de 20 años, lo cual se ha acelerado por una alta tasa de natalidad y una drástica baja en su tasa de bruta mortalidad.

Así también, la industrialización y el desarrollo urbano, representan un indicador significativo que propicia el abandono infantil dado la migración campo-ciudad, como efecto de bajos ingresos, desempleo, falta de medios de instrucción y deficiencia de los servicios en general. Esta migración campo-ciudad, viene a representar un problema de gran magnitud para los cuidados que no satisfacen las necesidades de empleo, vivienda, salud, educación y que se ven ubicados en zonas marginadas, creando los cinturones de miseria.

Actualmente el abandono de niños y niñas es un problema social en ascenso, esto se debe a una situación socio-económico y cultural, donde la madre y el padre de familia mexicana tienen la necesidad de irse a trabajar para conseguir los medios económicos suficientes para poder sobrevivir. De modo que ya no existe la atención debida a los menores, donde anteriormente la madre estaba dentro del hogar y cuidaba a sus hijos, inculcándoles enseñanzas y valores que interiorizaban; pues es ahora la inserción de la mujer al mercado laboral lo que ha propiciado el fenómeno de abandono (Pérez y Reyes, 2005).

Pereida (2006), menciona que dentro de las causas generales que propician el abandono infantil, se encuentran las siguientes: 1) La causa principal reside en la irresponsabilidad y egoísmo de los padres; 2) Causa de índole económica. En muchas ocasiones se rechaza a los hijos porque son una carga para la familia; 3) Por orfandad absoluta (muerte de los padres) o parcial (muerte de

---

uno de los cónyuges quedando el superviviente en la indigencia o por ser incapaz de hacerse cargo de los hijos); 4) Ilegalidad de los hijos (niños abandonados, de padres desconocidos); y finalmente, 5) Niños de madres solteras que se desatienden de ellos.

Es así, como estas situaciones de pobreza económica, vivienda inadecuada, insalubridad, ignorancia, entre otras, favorecen a la vez cuadros de delincuencia, prostitución, alcoholismo y el desarrollo de una vida familiar desintegrada donde con frecuencia se presenta el abandono del padre e irresponsabilidad de la madre o bien abandono del grupo familiar por ambos padres, generando de este modo el abandono infantil (Johnson y cols., 2007).

Además los niños también son abandonados al nacer, cuando se les detecta algún defecto físico y la madre no puede pagar su tratamiento, o no sabe a qué instancias recurrir. El abandono de los hijos provoca que éstos sean padres a temprana edad y que traigan al mundo un hijo no deseado y del mismo modo, verse en la necesidad de tenerlo que abandonar (Pérez y Reyes, 2005).

Johnson y cols. (2007), mencionan que el Abandono Infantil es un problema de suma importancia, en el que la familia desempeña un rol de gran valor, ya que es la unidad social básica. Debido a la intensidad de las emociones que ella genera y de otra índole que proporciona, así como las funciones que ello implica en lo que corresponde a la educación y el cuidado del niño, parece ofrecer una amplia evidencia de su prioridad como grupo social fundamental.

Así mismo, aluden que en todas las sociedades la vida de cada individuo está vinculada casi siempre por completo a la familia. Sin embargo, no siempre es así; en México por ejemplo, con frecuencia se ha encontrado en el seno de la sociedad el problema del niño material o afectivamente abandonado. Cada día vemos como la familia, elemento natural se empobrece o se corrompe y se convierte en el principal origen de la mayor parte de nuestros males sociales.

Actualmente el abandono de niños y niñas es un problema social en ascenso, es así, como se dio a conocer en una nota publicada por el periódico Milenio el 20 de noviembre de 2009, la cual según cifras del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) México ocupa el segundo lugar de América

Latina en cantidad de niños abandonados con 1.6 millones, sólo después de Brasil que tiene 3.7 millones. De igual modo se señala que existen actualmente 10 millones 700 mil niños abandonados acogidos en instituciones por alguna



---

causa en América Latina y el Caribe, y que México ocupa el segundo sitio con casi 15% de los casos a superar el millón y medio.

Ante esto, es importante intervenir a una edad temprana sobre las consecuencias que implica el abandono en los niños y niñas, ya que estos suelen verse afectados durante su desarrollo, en la adolescencia o en la edad adulta, aún después de haber egresado de alguna institución, para que de este modo se pueda prevenir el impacto psicológico que este genera. Así mismo, problemas conductuales tales como: agresividad durante la infancia o adolescencia o el desarrollo de un trastorno antisocial en la edad adulta, lo cual es el interés en esta investigación, disminuir conductas agresivas en niños abandonados y que más adelante se retomará en otro apartado para analizar las consecuencias que trae consigo el abandono en los niños a corto y largo plazos, haciendo así una relación sobre los efectos que produce la institucionalización en ellos.

## 1.2. Abandono Infantil

En esta investigación, se retomará y hará uso de la definición de “*abandono infantil*” proporcionada por Psiquer y Jover 1963 (citados en Pereida, 2006), en la cual se entiende por abandono infantil: “*la falta injustificada de asistencia a un niño de corta edad*”, pudiendo resumir este abandono en los siguientes tipos:

### ***Abandono Moral.***

El abandono moral se refiere a la falta de acción educadora e incluye la formación intelectual y del carácter así como la vigilancia y corrección, de su conducta. Se consideran así, en estado de abandono y peligro moral los niños descuidados, explotados y maltratados, así como los que no tienen hogar conocido, domicilio fijo, entre otros. (Pereida, 2006).

### ***Abandono Material.***

El abandono material afecta a la asistencia alimenticia, que incluye el vestido, la vivienda, entre otras. Se incluyen en esta medida los que carecen de recursos para subsistir (por muerte, desaparición o abandono de los padres) es decir, los

---

huérfanos y desamparados, además de los niños nacidos generalmente fuera del matrimonio y expuestos en la vía pública para ocultar su filiación, y los entregados por sus padres a casas cuna, con el propósito de romper para siempre toda relación con ellos. Por último, se incluyen también los hijos de familias muy necesitadas cuyos padres, sin llegar a deshacerse de los hijos, los tienen sumidos en la indigencia (Pereida, 2006).

De este modo, se puede concluir que un “*niño abandonado*” es aquel que carece de toda protección: física, de alimentación, del afecto y cariño de una familia; así mismo, el abandono se puede realizar en distintas partes: hospitales, basureros, en hoteles, parques, entre otros. De ahí son llevados voluntariamente a Casas Cunas para que ahí los cuiden ya sea de forma temporal o definitiva (Pérez y Reyes, 2005).

### **1.3. Rasgos de los niños abandonados**

En este punto se profundizará un poco en la influencia que puede tener para el psiquismo del niño, la privación prolongada del cuidado materno como consecuencia del ingreso a instituciones que brindan asistencia social a población infantil vulnerable que es víctima de abandono o de algún tipo de maltrato. Así mismo, se darán a conocer las anomalías que pueden producirse en su evolución interna y que corresponden a la persona humana considerada como tal.

La vida del niño abandonado en una institución no será una situación accidental que él mismo pueda abordar, algo que le afecte poco. Supone todo lo contrario: desarrollar su vida con arreglo y dentro de un marco muy específico, de un ambiente que le envuelve en todas sus manifestaciones, lo cual incide en la interacción como una fuente de estímulos que se adentran por niveles más o menos conscientes de su persona y sus defensas (Pereida, 2006).

García 1961 (citado en Pereida, 2006), menciona que “sus impactos pueden ir desde las capas más profundas y equilibradas del ser (centralización de problemas y ponderación de ellos, creación de conflictos...) hasta las esferas relativamente externas (mimetismos de conducta y lenguaje)”.

Un grupo de expertos, con una orientación fundamentalmente psicoanalítica Ainsworth, 1962; Fraiberg, 1977; Heinicke, 1956 (citados en Bronfembrener, 1979) están de acuerdo con Bowlby 1951, en sostener que el factor crítico en el

---

deterioro de su desarrollo se debe a la falta de la madre, la ausencia o la ruptura de un vínculo entre la madre y el hijo.

De modo que, es muy probable que un ambiente institucional resulte perjudicial para el desarrollo del niño si se combinan las siguientes circunstancias: si el *ambiente ofrece pocas posibilidades para la interacción del niño con su cuidador*, en una variedad de actividades, y si el *entorno físico restringe las oportunidades de locomoción* y contiene pocos objetos que el niño puede utilizar en la actividad espontánea (Bronfembrener, 1979).

Así, el impacto perturbador inmediato de un ambiente institucional empobrecido tiende a ser mayor para los niños que, al ingresar a la institución son separados de la madre o de otra figura parental durante el segundo medio año de vida, cuando el apego y la dependencia del bebe con respecto a la persona que lo cuida habitualmente suele alcanzar su mayor intensidad. Antes o después de ese periodo, las reacciones inmediatas a la institucionalización tienden a ser menos intensas (Bronfembrener, 1979).

Además, como se trata de casos en que “la ausencia de la familia” es prolongada y de largo tiempo, es esta la clase de “institución con una institucionalización más completa”, lo que más afecta el desarrollo del niño (Pereida, 2006).

Bronfembrener (1979), establece en una de sus hipótesis la relación que existe entre la edad de la institucionalización y la probabilidad de que se produzcan efectos perturbadores, a largo plazo sobre el desarrollo. Mencionando en ella que los efectos perjudiciales a largo plazo de un ambiente institucional física y socialmente empobrecido disminuyen según la edad del niño en el momento del ingreso. Así, cuanto más tarde ingresa el niño en una institución, mayores probabilidades tendrá de recuperarse de cualquier perturbación evolutiva después de su salida de la institución. Los efectos más serios y perdurables son más probables entre los bebes institucionalizados durante los primeros seis meses de vida, antes de que el niño sea capaz de desarrollar un fuerte apego emocional hacia uno de sus padres o algún otro cuidador.

En su conjunto, los resultados de los estudios de Goldfarb: 1943a y de Pringle y Bossio: 1958, apoyan la hipótesis de Bronfembrener 1979, de que es probable que la institucionalización durante los primeros seis meses de vida tenga efectos más duraderos y perjudiciales sobre el desarrollo posterior.

---

Dentro de los rasgos que se observan en los niños abandonados Pérez y Reyes (2005), señalan los siguientes:

### **Rasgos Físicos.**

El desarrollo de estos niños es deficiente. Se les diferencia en seguida de los demás por su constitución débil, porte, inexpresión de la cara y desaliño. Presentan dificultades en el desarrollo lingüístico, dándose en muchos, tartamudez. Tardan en andar y cuando lo hacen es un andar inseguro. Presentan en general más propensión a contraer enfermedades de tipo infeccioso.

En una investigación realizada por Pringle y Bossio 1958 (citados en Bronfembrener, 1979), evaluaron el desarrollo de la inteligencia verbal y del lenguaje, en muestras de niños institucionalizados de ocho, once y catorce años. En los resultados obtenidos llegaron a la conclusión, de que, la institucionalización produjo más retraso entre los niños que se vieron separados pronto de sus madres, y entre los que no tuvieron ningún contacto con sus familias. Encontrando así efectos más significativos entre los dos grupos de menos edad.

### **Rasgos Psíquicos.**

#### ***Intelectuales***

El niño a la edad de 6 a 7 años alcanza lo que se llama “uso de razón”. Con ello sufre una crisis en su desarrollo psíquico intelectual. De aquí en adelante comienza su integración en la vida social, tiene ideas y adquiere conceptos, empieza a ser un individuo en la sociedad, pero en la formación de la estructura psíquica influyen principalmente los sentimientos, tanto cuanto más profundos y el niño abandonado seguirá manifestando un déficit muy difícil de reparar (Pérez y Reyes, 2005).

Del mismo modo mencionan que es el caso de los niños abandonados, sobre todo en aquellos en quienes la carencia afectiva parte de los primeros momentos de vida, quienes se caracterizan por un bajo nivel intelectual y una

---

debilidad de la memoria, acompañada de cierta hipersensibilidad afectiva que distrae su atención haciéndoles muy inestables.

Goldfarb 1943a (citado en Bronfembrener, 1979), llevó a cabo un experimento natural que documenta los efectos de la privación institucional en la primera infancia. Su estudio sobre los efectos residuales, en el comienzo de la adolescencia, de temprano ingreso en instituciones de niños varones, los resultados revelaron un CI promedio, alrededor de los doce años (Wechsler Bellevue), de 72 para los niños de institución, en comparación con 96 para los que fueron educados en hogares adoptivos. Goldfarb (1943a), también obtuvo datos observando la conducta de los niños, durante un periodo de cinco a siete horas: se comprobó que los niños de institución eran significativamente más temerosos y aprensivos, respondían menos a la simpatía o a la aprobación, pensaban menos en la resolución de problemas, eran menos ambiciosos, menos capaces de un esfuerzo sostenido, y más propensos a abandonar una tarea que resulta difícil.

### *Afectivos*

El sentimiento de abandono actúa como espina irritativa en el niño produciendo un fuerte desnivel en la evolución de ciertos elementos del yo y del funcionamiento del psiquismo. Todos estos niños acusan una falta de amor, por lo que lo apetecen excesivamente, tienen sed de afecto y son los que frecuentemente, cuando pasamos junto a ellos, se acercan y te toman de la mano. Sin embargo, su inseguridad interior le obliga a desconfiar y a evitar nuevas situaciones de abandono, por lo que no se ligan afectivamente a nadie por miedo de perderla de nuevo, o más bien, lo hacen de una manera superficial. “No ama por no ser amado o porque tiene una incapacidad de amar de otra manera que no sea la infantil a la que ha quedado regresado” (Pérez y Reyes, 2005).

En base a las observaciones realizadas en los hogares adoptivos: las siguientes características se atribuían con mayor frecuencia a los niños con una experiencia institucional: búsqueda de afecto, falta de capacidad para relacionarse, inquietud, hiperactividad, incapacidad de concentración y bajo rendimiento escolar (Bronfembrener, 1979).

Este déficit afectivo, tan difícil de reparar, lo seguirán arrastrando durante toda su vida. En la institución viven pendientes de las caricias y regalos que se les

---

pueden hacer; pero sobre todo adquieren para ellos un valor incalculable las visitas. Quienes no las tienen envidian a los otros y se muestran irritables y rebeldes. La inseguridad e insatisfacción afectiva que han sufrido, va a regir toda su existencia, mostrándose apáticos o demasiado juiciosos, y la regresión a formas primitivas de conducta constituye el medio más cómodo de evasión para su carencia afectiva, siendo muy frecuente el hurto de compensación afectiva (Pérez y Reyes, 2005).

### **Rasgos Sociales.**

#### ***En Relación con la Familia***

En general, estos niños no los respetan, aunque en sus conversaciones hablan con frecuencia de los suyos. Puesto que no han recibido de ellos motivos para profesarles tal sentimiento, es muy frecuente oírles quejas contra sus progenitores. Expresan disgusto en su conducta y conversaciones al darse cuenta que sus padres no son, o no han sido como deberían. Para estos niños el abandono añade a la carencia afectiva, sentimientos de rencor nada despreciables. Generalmente les resulta más fácil aceptar la muerte de sus padres que el que les hayan abandonado (Pérez y Reyes, 2005).

Así mismo, Pérez y Reyes (2005), señalan que generalmente el niño abandonado adopta dos aptitudes:

- a) Desinterés en cuanto a la familia, que se contradice con su ansiedad.
- b) Hostilidad que se traduce en oposición y agresividad.

Estas actitudes obedecen a despecho más que a carencia absoluta de amor, como lo demuestra el hecho de que suelen irritarse y dolerse cuando se habla mal de sus padres, prueba evidente de que les aman.

Salvo en casos muy excepcionales, vive pendiente de las visitas y regalos de sus padres y familiares (expresión externa de esa afectividad y amor que necesita). Pero su nueva situación le produce desapego e indiferencia, explicándose así esa ambivalencia: desinterés - ansiedad.

---

### *En Relación con los Educadores*

Por esa misma falta de afectividad el niño abandonado se apega a cualquiera con gran facilidad, pero siempre de manera superficial. Cobra afecto fácilmente a quien le prodiga caricias. Muchos de ellos buscan el cariño de la educadora o educador, no sólo por satisfacer sus deseos, sino porque les ayuda a superar su necesidad de seguridad y apoyo (Pérez y Reyes, 2005).

De cualquier modo, aunque en forma inestable, siempre intentarán establecer vínculos con la persona que les cuida y está cerca de ellos, y por ello es muy necesario que sus relaciones tengan un mínimo de continuidad. Como hay que reconstruir la familia perdida de ellos, es preciso ganarse su amor con un hondo sentido de la caridad, para que la transfieran a sus padres o allegados, no amados ni estimados por ellos (Pérez y Reyes, 2005).

Es así, como Goldfarb 1943a (en Bronfembrener, 1979), ofrece las siguientes conclusiones generales: siguiendo los constructos de Lewin 1973, la personalidad del niño institucionalizado, que ha sufrido privaciones evidentes durante su infancia, es más propenso a los modos de ajuste simples, poco refinados, difusos, no relacionados o constantes. En el *campo de la organización mental*, el plano de diferenciación, más infantil, se refleja en la mayor falta de objetivos de su conducta, la mayor preponderancia de los ajustes de tipo ensayo y error, una mayor tendencia a las respuestas reflexivas, inútiles, determinadas por la situación. En el *campo de la organización emocional*, se refleja en la pobreza de la respuesta afectiva, y en la insuficiencia que caracteriza las relaciones personales del niño. Además a causa de su aislamiento con los adultos, el niño de la institución presenta un retraso serio en el lenguaje, tiene un vocabulario mucho más reducido que el del niño que vive en la comunidad, y tiende a pronunciar mal las palabras que conoce.

Más importante que las faltas específicas de información y de lenguaje, sin embargo, es el hecho de que la limitación en una habilidad específica, como el lenguaje, tiende a restringir la capacidad intelectual del niño, porque en la actualidad se tiende a considerar que el lenguaje y la información general son instrumentos activos del pensamiento.

Por su parte Pereira (2006), agrega dos más a esta categoría:

---

### ***En Relación con la Institución***

La institución no suele ser aceptada satisfactoriamente, sobre todo al principio, aunque no deja de tener para ellos valores positivos. Sienten una gran necesidad de liberación de lo que consideran esclavitud, culpando al organismo muchas veces de cómo les sucede. Así unos agradecen la labor de la institución, otros no.

Generalmente, se aprecia que estiman más la institución cuando la han dejado que durante su permanencia en ella; sin embargo, rara vez, desean estar con los suyos, bien porque ya tienen experiencias dolorosas sobre lo que es vivir en un hogar deshecho, donde son rechazados o por no saber coordinar las enseñanzas recibidas en el centro con el ambiente de sus hogares, o por esa inadaptación a antiguos ambientes, ya señalada.

No obstante también se da el deseo de volver a sus casas; son víctimas de sentimientos contradictorios y ambivalentes que corren el peligro de agravarse en la adolescencia, propicia para estos sentimientos.

### ***En Relación con la Sociedad***

Otra característica de los niños abandonados, es la falta de lo que se llama formación social o urbanidad elemental: delicadeza, amabilidad, cuidado de las cosas, comportamiento en sociedad, entre otras. Los padres, en su convivencia con el hijo, incluso en las más bajas esferas sociales, corrigen en él una serie de pequeños vicios o defectos que dan un aspecto desagradable a quien no se los han corregido. Luego será motivo de desventaja en su posición ante la sociedad.

El niño abandonado maltrata en general las cosas o bienes materiales “porque sí”, sin darse cuenta, por malos modales. “Es sabido que los niños institucionalizados demuestran una gran indiferencia por sus escasas posesiones *“no cuidan su ropa, por ejemplo”* y despliegan escasos esfuerzos si se les propone un cambio para mejorarlas o aumentarlas. Igual que la disciplina y el trabajo escolar, lo que tienen lo reciben pasivamente”.

Nada les ha costado y la institución se encarga de todo lo necesario. No han presenciado en sus casas la lucha para conseguir el bienestar material. No les importa nada y su apatía los hace inmunes al qué dirán. Todo les da igual porque carecen de estímulo, de la ilusión de mostrar a alguien el esfuerzo de



---

su trabajo. En su amistad con los demás se muestran egoístas, pero es un egoísmo que se explica en la búsqueda de su propia seguridad.

Así, un déficit importante del abandono infantil es el no saber lo que representa un hogar, desconocer las vivencias del hijo de familia, los afanes de la casa, las luchas, los días felices y los amargos, los problemas sentimentales y los materiales.

Por lo tanto, el niño de la institución es emocionalmente, más apático, se preocupa menos por el éxito, le afecta menos el fracaso o la competencia social, y es más propenso a ignorar las limitaciones y las prohibiciones. El niño de la institución, por lo tanto, se ajusta a un nivel más superficial, y está menos motivado por las habituales identificaciones sociales y humanas (Bronfembrener, 1979).

En un informe de Provence y Lipton 1962 (citados en Bronfembrener, 1979), aparecen resultados coherentes con la hipótesis de Spitz, donde se colocó a un grupo de bebés, en los que se habían observado los efectos de las carencias institucionales, durante el primer año de vida, en hogares adoptivos que sobrevivieron de la siguiente manera:

Los bebés que habían manifestado retrasos y perturbaciones en el desarrollo durante los primeros doce a dieciocho meses, según se describe en la parte principal de este informe, experimentaron adelantos sorprendentes cuando se les concedió el beneficio de una buena atención maternal y de la vida en familia. Sin embargo, al observarlos más de cerca, podían apreciarse ciertas características que parecen estar relacionadas con la falta de atención maternal adecuada, con todo lo que esto implica. Quedaron perjuicios residuales, de moderados a serios, en su capacidad para establecer relaciones afectivas, en aspectos del control y la modulación de los impulsos, y en los campos del pensamiento y el aprendizaje que reflejan capacidades adaptativas y defensivas múltiples y el desarrollo de la flexibilidad en el pensamiento y en la acción. También fueron evidentes una menor capacidad para disfrutar y elaborar el juego, y una disminución de la imaginación. Se notaba que les faltaba la riqueza y la originalidad de la personalidad, que son características del niño de una familia sana, donde siempre se descubre o se vislumbra alguna faceta nueva.

---

#### 1.4. Modelos explicativos del Abandono Infantil

En este apartado se describen los principales modelos teóricos que en los últimos años han proporcionado explicaciones al fenómeno del abandono infantil. Los primeros modelos intentaron explicar el abandono infantil a partir de la supuesta presencia de alteraciones psiquiátricas en los padres o cuidadores, lo que les imposibilitaba ejercer adecuadamente el rol parental, pero la existencia de numerosos casos en los que no se apreciaba ningún trastorno psicopatológico hizo cuestionar la hipótesis. Por ende, se buscaron ahora características psicológicas que, sin ser consideradas patológicas, explicasen disfunciones en la ejecución de dicho rol (Moreno, 2006).

Desde entonces, han surgido modelos *sociológicos* y *socio-ambientales* Gil 1970 (citado en Moreno, 2006), que proporcionan una explicación del abandono infantil a partir de factores socioeconómicos. Es de destacarse el estudio de Gabarino y Kostelny 1992 (citados en Moreno, 2006), que demuestra la asociación entre abandono infantil y estrés socioeconómico. Según estos autores, a mayor empobrecimiento social, menor acceso a recursos sociales, menor calidad de red de soporte social y más alta frecuencia de abandono infantil.

Es a partir de este momento que aparecen los modelos *psicosociales* y *sociointeraccionales*. Estos modelos integran los aspectos psiquiátricos y psicológicos con los aspectos sociales, culturales y ambientales Wolfe 1985 (citado en Moreno, 2006), ante la evidencia de que ni las variables psicológicas ni las sociológicas son suficientes por sí solas para explicar el abandono infantil.

##### **Modelo Sociointeraccional**

Un modelo explicativo que ha alcanzado un consenso muy amplio es el socio-interaccional, propuesto por Parke y Collmer (1975) y Wolfe (1987). Desde este planteamiento teórico se analizan los procesos psicológicos que condicionan las interacciones entre padres e hijos y que median entre las variables individuales y los factores sociales. De acuerdo a estos autores, entre los déficits más significativos en los cuidadores destacan los siguientes: escasas habilidades para el manejo del estrés y para el cuidado de los niños, insuficiente conocimiento de las etapas evolutivas por las que pasa un niño, atribuciones y expectativas inadecuadas de la conducta infantil, pobre comprensión de las formas apropiadas de manifestar afecto, mayores tasas de

---

activación fisiológica, escasas habilidades para el manejo de los conflictos maritales y conocimiento escaso de métodos alternativos de disciplina.

### **Modelo Transicional**

Este modelo propuesto por Wolfe (1987), se centra en cuatro aspectos: 1) la secuencia del abandono: físico y moral, 2) los procesos psicológicos relacionados con la activación y afrontamiento de la ira, 3) los factores potenciadores (escasa preparación para la paternidad, 4) bajo nivel de control, entre otros.), y 5) los factores protectores (estabilidad económica, apoyo conyugal, entre otros.). Según este autor, la secuencia del abandono infantil atraviesa por tres etapas, que van desde la desinhibición de la negligencia, hasta su perpetuación.

### **Modelo Ecosistémico**

Otro modelo explicativo del abandono infantil de obligada referencia es el llamado ecosistémico, de Belsky (1993). Este autor plantea la integración, en cada caso concreto, de variables en diferentes niveles ecológicos (microsistema, macrosistema, exosistema). De esa manera muchos de los posibles factores de riesgo aparecidos hasta ahora en los distintos estudios realizados sobre el abandono infantil se incluyen en los diversos niveles ecológicos. En el *macrosistema*, Belsky (1993), incluye variables socioeconómicas, estructurales y culturales; en el *exosistema* engloba todos aquellos aspectos que rodean al individuo y a la familia y que les afectan de manera directa, es decir, las relaciones sociales y el ámbito laboral; por último, en el *microsistema* ubica todas las variables referentes a comportamientos concretos de los miembros de la unidad familiar y las características de su composición.

### **Modelo Transaccional**

Es un modelo multicausal, creado por Cicchetti y Rizley (1981), que al igual que el de Belsky, incluye factores potenciadores y amortiguadores del abandono. Los factores potenciadores son aquellas condiciones de corta o larga duración que aumentan la probabilidad del abandono; éstas pueden ser biológicas (por ejemplo, anomalías físicas que hacen que la crianza resulte difícil y poco grata a los progenitores), históricas (como cuidadores con

---

historial de abandono), psicológicas (por ejemplo, problemas de salud mental en el cuidador) y ecológicas (como elevados niveles de estrés o vecindario caótico). Los factores amortiguadores también pueden tener un carácter transitorio o duradero, y hacen referencia a las condiciones que disminuyen la probabilidad de abandono a los menores (ingresos extras, periodos de armonía matrimonial, historia paterna de crianza adecuada, entre otras.).

### Modelo Ecológico

Este modelo retomado por Belsky (1993) y propuesto por Bronfembrener (1979), tiene en cuenta la interacción entre el desarrollo ontogénico, de los padres y una serie de sistemas cada vez más amplios: la familia (microsistema), la comunidad (exosistema) y la cultura (macrosistema). No postula efectos aditivos de estos cuatro sistemas de influencia sino su interacción.

El *microsistema*: incluye las variables que implican características psicológicas y comportamentales concretas de cada uno de los miembros de la familia nuclear, así como la interacción entre ellas (desajuste marital, violencia de pareja, capacidad empática, alteraciones de la personalidad, entre otras.), y se consideran como desencadenantes del abandono infantil (Bronfembrener, 1979).

Belsky (1993), incluye dos conceptos más: el *mesosistema*, que es un conjunto de microsistemas en el que el niño se desenvuelve, y el *ecosistema*, que incluye todos aquellos aspectos que rodean y afectan directamente al individuo, tales como las relaciones sociales (apoyo social o aislamiento con respecto a los sistemas de apoyo) y el ámbito laboral (desempleo).

El *macrosistema*: incluye tres tipos de variables: socioeconómicas (recursos económicos de una sociedad y su distribución, crisis económicas, tasa de desempleo...), estructurales (referidas a los aspectos de organización y funcionamiento concreto de una sociedad o un colectivo que afectan a las posibilidades de cada individuo de acceder a recursos asistenciales y de protección) y las relacionadas con las actitudes y valores predominantes en cada grupo social y en cada momento histórico (forma de educar a los niños, modos de satisfacer sus necesidades...), (Bronfembrener, 1979).

---

Por último, en estos modelos ecosistémicos se incluyen variables relativas a la propia historia de crianza de los padres, pues el tipo de cuidado y atención recibidos en la infancia condiciona o explica su capacidad para atender o cuidar adecuadamente a sus propios hijos (Bronfembrener, 1979).

### **Modelo Sociológico**

Tradicionalmente, el modelo que se ha asociado con mayor frecuencia para explicar el abandono físico ha sido el *sociológico*, que ha centrado su etiología en las situaciones de carencia económica en que se produce Wolock y Horowitz 1984 (citados en Moreno, 2006).

Otra explicación al respecto ha sido la de Herrenkohl, Herrenkohl y Egolf 1983 (citados en Moreno, 2006). Estos autores, dado que en los casos de abandono físico se evidencia una ausencia de habilidades en el cuidado de los niños y un desconocimiento de sus necesidades, plantearon la hipótesis de un “síndrome de apatía” o de falta de motivación en los progenitores que se manifiesta en un rechazo por satisfacer las necesidades de la familia, en la inadecuada supervisión de los niños y en la ausencia de cuidados médicos, entre otros. Se puede pensar que en los casos de abandono físico el niño, aunque actúe, no “participa” en la interacción y, haga lo que haga, no estimula ni motiva ningún tipo de comportamiento en los padres.

Según las hipótesis de tipo cognitivo, los padres negligentes no manifiestan el mismo tipo de reacciones de irritación ante estímulos estresantes que los padres maltratadores físicos, y, sin embargo se acercan a las puntuaciones del grupo comparable de la población general Bauer y Twentyman 1985 (citados en Moreno, 2006).

Larrance y Twentyman 1983 (citados en Moreno, 2006), detectan que las madres negligentes manifiestan distorsiones cognitivas que se centran en una percepción negativa del niño y en atribuciones internas y estables de sus comportamientos negativos. En el caso de las madres negligentes, se trata de atribuciones y distorsiones más crónicas que provocan un “único patrón de respuesta”, independiente del tipo de comportamiento del niño. Ello parece corroborar el hecho de que los padres negligentes no responden socialmente a las situaciones ambientales. Que los hijos se comporten de manera positiva o negativa, con éxitos o fracasos, no afecta las atribuciones que los padres hacen de tales conductas. El comportamiento de los padres negligentes al momento

---

de afrontar los problemas no es la irritabilidad ni la agresión sino la evitación Wolfe 1985 (citado en Moreno, 2006).

Factor y Wolfe 1990 (citados en Moreno, 2006), consideran que en el abandono físico es muy importante el grado de psicopatología parental. Pero los estudios al respecto sólo confirman esta hipótesis en los casos de retraso mental y no en otro tipo de síntomas psicopatológicos.

En cuanto a la incidencia de madres con CI limítrofe entre los casos de negligencia, según Tymchuc y Andron 1990 (citados en Moreno 2006), si bien es cierto que muchas madres negligentes tienen limitada capacidad intelectual y hacen una lectura inversa de los datos, no todas las madres con retraso mental son negligentes: así, la negligencia podría atribuirse a la falta de habilidades en el cuidado de los hijos, a un desconocimiento de las etapas evolutivas y otros factores.

Uno de los trabajos de investigación más relevantes y especializados en los casos de abandono físico por madres negligentes fue realizado por Polansky, De Saix y Sharlin (1972). Según este estudio, existen cinco tipos de madres negligentes: apática, inmadura, con retraso mental, con depresión reactiva y psicótica. Todas ellas están incapacitadas para el desempeño del rol parental y, por tanto, fracasan a la hora de satisfacer las necesidades básicas de los hijos. La hipótesis esencial es que se trata de familias en las que las madres se encuentran objetivamente aisladas y subjetivamente solas Polansky 1985 (citado en Moreno, 2006). Se supone que dichas madres se hallan socialmente inmovilizadas y emocionalmente hundidas debido a una soledad crónica y severa. Lo importante es el análisis de las causas de tal soledad. Puede tratarse de factores caracterológicos, como el miedo a la cercanía o a un sentimiento de inutilidad que disuaden a los otros de cualquier acercamiento, un pobre desarrollo de las habilidades sociales o ciertos rasgos de personalidad que provocan rechazo, o bien tratarse de aspectos situacionales, como la movilidad geográfica, la apariencia externa de rechazo, la maternidad adolescente o sin pareja y demás.

En ese mismo trabajo, Polansky y cols. 1972 (citados en Moreno, 2006), apoyan la importancia de los factores de personalidad. Comparando madres negligentes y un grupo control, no hallaron diferencias, desde el punto de vista de las posibilidades de apoyo social objetivo, en las características del ambiente en el que vivían ambos grupos. Sin embargo, para esas madres el ambiente era menos amistoso y propiciaba menos ayuda, vivían en una mayor soledad y tenían menos posibilidades de acercamiento para conseguir apoyo

---

emocional e instrumental. A pesar de vivir en ambientes similares, su ecología psicológica era muy diferente, no se sentían emocionalmente apoyadas y estaban solas.

Una perspectiva más actual, la cual plantea explicaciones concretas y comparables de las conductas negligentes, es el modelo de afrontamiento del estrés de Hillson y Kuiper 1994 (citados en Moreno, 2006). Un aspecto importante que introducen estos autores es que plantean las estrategias que utilizan las personas con alto riesgo de llegar a ser negligentes al momento de resolver los problemas: falta de implicación conductual y psicológica, eliminación de actividades y búsqueda de apoyo social ilimitado.

Y por último, desde el punto de vista de la psicología cognitiva, aparece un planteamiento desde la perspectiva del procesamiento de la información; en esta línea, destacan los modelos de Crittenden 1993 y Milner 1995 (citados en Moreno, 2006).

Estos autores en el caso del abandono consideran que es posible que el estilo del procesamiento de información contribuya a la capacidad para percibir aspectos esenciales de los diferentes estados de los niños, interpretar adecuadamente el significado de tales percepciones, seleccionar las respuestas adaptativas y responder de forma que se satisfagan las necesidades de los menores. Se supone que los padres experimentan la realidad e interpretan su significado de manera diferente, seleccionan diversas respuestas de distintos repertorios y las ponen en funcionamiento bajo condiciones diferentes.

Según este planteamiento, desde el punto de vista perceptivo habrá un sesgo sistemático para no percibir señales indicativas de la necesidad de atención y cuidado del niño, pudiendo tratarse de señales de comunicación interpersonal (el llanto del niño) o de señales contextuales (el frío, el tiempo que lleva el niño sin comer, entre otros.) a las que algunos padres no son capaces de responder dada su exclusión perceptiva; desde el punto de vista interpretativo, se asignarían significados a las señales del niño que justifican la conducta de evitación o el pasar por alto tal señal.

Las interpretaciones inadecuadas pueden ocurrir por la tendencia de los padres negligentes o sobrestimar la capacidad del menor para cuidarse a sí mismo, o por creencias erróneas sobre las formas más o menos adecuadas de cuidar a los niños.

---

Desde el punto de vista de selección de las respuestas, los padres negligentes tenderían a creer que no pueden cambiar de manera eficaz las situaciones de los demás, y que ninguna respuesta será eficaz para satisfacer la necesidad del menor (“indefensión aprendida”), lo que se puede producir por la poca experiencia en el cuidado de otros niños o por no haber tenido modelos en los que aprender respuestas adecuadas. Y desde el punto de vista de la puesta en marcha de la conducta, en los padres negligentes habría un sesgo sistemático que favorecería otras prioridades (por ejemplo, las demandas personales) sobre las necesidades del niño Crittenden 1993 y Milner 1995 (citados en Moreno, 2006).

La gran aportación de este trabajo se halla en la propuesta de superación de las variables socioeconómicas, e inclusive en la mera argumentación de una falta de habilidades para cuidar a los hijos (Moreno, 2006).

En la actualidad, se destaca como objetivo prioritario la necesidad de centrarse en los factores de riesgo implicados en el abandono infantil, a pesar de saber que la práctica profesional es muy complicado encontrar manifestaciones específicas y bien delimitadas, y que lo habitual es hallar indicadores de casos mixtos en los que prevalecen más manifestaciones (Moreno, 2006).

Como se ha mencionado a lo largo del apartado, según los estudios al respecto pueden ser muchas las circunstancias favorecedoras, predisponentes y participantes del abandono infantil: una historia de abandono en la infancia del o los responsables del menor, escasas habilidades interpersonales en los cuidadores, expectativas adecuadas respecto al niño, consumo de sustancias tóxicas, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, dificultad para controlar los impulsos, problemas de salud mental, consideración del menor como propiedad, falta de ingresos económicos, falta de apoyo social, entorno social empobrecido, padres demasiado jóvenes (adolescentes), problemas de pareja, situaciones estresantes para la familia, desempleo y muchos más. Por tal motivo es prioritario averiguar las correlaciones existentes entre dichos factores, lo cual permitirá diseñar programas psico-educativos que garanticen el éxito clínico y social.

De este modo, de acuerdo con los fines que persigue la investigación se retomara el modelo Ecológico propuesto por Bronfembrener (1979), ya que nos permite explicar como es que el fenómeno de abandono asociado con una prolongada institucionalización produce un deterioro en el desarrollo normal del niño, generando en el un comportamiento agresivo debido a la falta de vinculación temprana de la madre hacia el hijo, así como la carencia de lazos



---

afectivos entre sus cuidadoras y el ambiente socio-físico empobrecedor que lo rodea. Justificando a nivel *microsistema* influyen las variables psicológicas por las cuales el niño ha sido abandonado. Bajo el nivel *macrosistema* se puede deber a que los recursos económicos con los cuales contribuyen todas aquellas sociedades de manera voluntaria, no son suficientes para la manutención que requiere el mobiliario de la institución y que asimismo el sueldo que le es proporcionado al personal que labora dentro de las casa cuna sea mínimo, generando poco personal de trabajo y el poco que se encuentra no aporte mas de lo que se les pide dentro de su área de trabajo, siendo empobrecedora la atención que le es brindada a los menores por su parte. Finalmente a nivel del *exosistema* los menores al carecer de poca atención y pocos recursos físicos para su optimo desarrollo se ven afectados en sus emociones, generando un llamado de atención hacia el personal debido a la falta de cariño, el que han sido abandonados y a la falta de atención, sumando a esto el tiempo de institucionalización mostrándose así hostiles y agresivos frente a cualquier situación que les genere enojo.

### **1.5. Las Instituciones Infantiles como contexto del desarrollo humano**

Mucho se ha hablado y escrito acerca de este grave problema del niño sin familia, que procuran suplir las instituciones a las que queda encomendado. En esta investigación no se considera si lo consiguen o no; pero sí interesa hacer una invitación a conocer y reflexionar sobre la enorme importancia de este problema y las consecuencias que genera durante el desarrollo y a lo largo de su vida en estos niños.

Además del hogar familiar, el único entorno que sirve como contexto amplio para el desarrollo humano, a partir de los primeros años, es la institución infantil. Desde una perspectiva ecológica, la existencia de tal contexto es importante porque ofrece la oportunidad de investigar la influencia que un entorno primario contrastante produce en el curso del desarrollo, a través de la infancia, la adolescencia, y a veces más allá, durante la madurez y la ancianidad (Bronfembrener, 1979).

La protección al niño abandonado es una acción que se lleva a cabo con elementos de caridad, asistencia y justicia social, se crearon centros o instituciones durante la segunda mitad del XIX y primer cuarto del siglo XX. El niño abandonado debe ser entendido como un fenómeno o producto social y no como un sujeto anómalo y aislado de la sociedad (Pérez y Reyes, 2005).

---

Asimismo, Pérez y Reyes (2005), mencionan que uno de los factores principales que determinan la colocación de los niños en instituciones, especialmente en los países de poco desarrollo económico, es la pobreza. También puede deberse a la falta de ingreso para mantener a la familia, por desintegración familiar “*violencia, abuso sexual, divorcio*” a causa de enfermedad, muerte, divorcio, impedimento físico o mental, uno solo de los padres, a cuyo cargo han quedado los hijos, no puede mantener a éstos en el hogar; cuando los parientes no pueden encargarse de los niños huérfanos; cuando ambos padres tienen que salir a trabajar “*madres solteras*” y no puede lograrse que otras personas cuiden de los niños durante algunas horas al día; o cuando, debido a prolongadas dificultades económicas, reina la tensión en la familia.

En el segundo Censo Nacional de Población 2005 que realizó el INEGI registró que en México hay 28 millones 107 mil niños, niñas y adolescentes que por algún motivo no pueden vivir con su familia de origen y están institucionalizados en las 657 casas hogar existentes en la República.

De ellos, 11 mil 75 se encuentran en situación de desamparo, los cuales, si se resolviera su situación jurídica, un alto porcentaje podría ser entregado en adopción a alguna familia; sin embargo, 77% de ellos entre 7 y 18 años, edad poco aceptada por los posibles adoptantes para integrar un nuevo miembro a su núcleo familiar.

Johnson y cols. (2007), señalan que el abandono infantil es un problema trascendental que va más allá de los niños que lo sufren, precisamente porque les afecta en lo más mínimo y personal. Este problema se asienta en las heridas de la afectividad, en su falta de satisfacción de esa necesidad de amor, de cariño, de atención solícita, como solamente la madre es capaz de prodigar al niño. Ese vacío que llenará sus vidas será el origen de muchas actitudes y comportamientos posteriores, así mismo será la causa principal de una manera de ser posterior, cuando intenten incorporarse a una sociedad desconocida, o al menos muy distante de la que hasta entonces han pertenecido.

Es así, como Pérez y Reyes (2005), indican que prescindiendo de situaciones intermedias que en el niño privado de vida familiar normal puede apreciarse dos grandes grupos:

- 
1. Aquellos cuyo vínculo familiar se encuentra temporalmente roto o simplemente resquebrajado y amenazado de ruptura.
  2. Aquellos cuyo nexo familiar no existe, o se encuentra total y definitivamente roto.

En ambos casos, la intervención pública está justificada para completar o suplir la vida familiar deficiente o inexistente; pero las medidas a adoptar difieren según se trate de menores comprendidos en uno u otro caso.

En el primero, estas medidas deberían tender a dos finalidades distintas, pero estrechamente enlazadas entre sí: “De una parte, asegurar mediante la protección del niño un equilibrado desarrollo físico, mental y afectivo; de otra, llevar una protección de forma tal que se conserve y refuerce el lazo familiar en trance de romperse” López, 1962 (citado en Pereira, 2006).

Siguiendo a Pérez y Reyes (2005), mencionan que las características del segundo grupo son el huérfano y el niño abandonado y en este último caso se pueden apreciar dos situaciones:

- a) El niño abandonado en instituciones de acogimiento sin que conste en éstas el nombre de los padres, o de la madre por lo menos.
- b) El niño acogido en instituciones donde consta nombre y circunstancias de los padres, generalmente madre soltera, pero que se desentiende más tarde de su hijo.

En el primer caso, la situación es clara y definida. El menor cuenta bajo la tutela de la institución y puede ser adoptado o no por una familia sin temor a posibles conflictos con su familia natural, mientras que en el segundo los padres, o en su caso la madre, conservan en principio la patria potestad.

Es muy común el caso de la madre que confía sus hijos a instituciones, se desentiende de ellos durante largos años y sólo hasta que llega una edad en que, en vez de ser una ayuda, se le exacerba de repente y en forma sospechosa el cariño maternal, legando a reclamar a sus hijos a la institución o familia de acogimiento.

---

De este modo se entiende por niño institucionalizado: *“al niño víctima de maltrato o abandono, que recibe servicios como paciente interno por un tiempo prolongado o que reside en un contexto institucional”*.

### **Aspectos generales de la Institucionalización.**

La protección al huérfano o al niño abandonado ha sido una de las formas clásicas de la beneficencia en todo tiempo; pero las condiciones y modo de cumplir esta misión han tenido una profunda evolución en los últimos años.

Pereida (2006), describe la preocupación de la sociedad por proteger en forma efectiva a los que al nacer nada tenían, hizo necesaria la idea de crear centros o instituciones donde acoger aquellos que, por lo visto, nada merecían por su condición, y tenerlos allí sin saber hasta cuándo ni para qué. Tal idea predominó durante la segunda mitad del siglo XIX y primer cuarto del siglo XX. Desde entonces, se buscó evitar el abandono para que los centros estuvieran menos nutridos, y desde entonces también se concedieron más derechos a los niños que ahí se hacían y que debido a varias circunstancias, se morían o deformaban física y mentalmente, ante aquel ambiente frío, despersonalizado y quizá hostil, pero “suficiente”.

Hemos de aproximarnos al siglo XX y más exactamente a nuestros días para encontrar en estos centros una preocupación por la persona en sí del niño, por estudiar sus problemas personales. En la actualidad se admite el régimen de institucionalización, dado que existen muchos motivos por los cuales el niño no puede permanecer con sus progenitores, pero se tiende a dar a las instituciones que han de acogerlo, un carácter más familiar posible, buscando atenuar los inconvenientes y multiplicar las condiciones favorables dentro del régimen a que es sometido el niño (Pereida, 2006).

No obstante, aun en el supuesto ideal, a la protección de aspecto tutelar colectivo siempre le faltarán los esplendidos elementos que posee el ambiente familiar para la formación integral del niño, y tal solución debe ser considerada siempre como mal menor.

### ***Su Función***

Pereida (2006), plantea tres de las funciones primordiales de estos centros:

- 
- a) Cultivar la personalidad del interno.
  - b) Prepararlo para su misión trascendente.
  - c) Suplir, en lo posible, la carencia del hogar.

El tercer punto es extremadamente difícil y sería pretensión vana intentar de manera exhaustiva, suplirlo plenamente.

Gran parte de las desventajas de la vida de internado desaparecerían si pudiese el niño, con relativa frecuencia, mantener alguna relación con sus padres “si los tiene” o familiares. Es un hecho comprobado que aquellos casos en que ha vivido en la familia, por poco contacto que haya tenido con ella, presentan características diferentes y más favorables que aquellos que desde su nacimiento se vieron privados de ella. Sería un error creer que en el primer caso, la separación de su hogar lo llevará a olvidarle y empezar otra vida. Puede adular la idea o consideración del mismo, pero no olvidarlo. Y en muchos casos, precisamente por ser peor que el centro donde vive, lo recordará más. Así, su vida se desenvuelve en dos ambientes: el suyo y el del centro o institución (Pereida, 2006).

Para saber salvar este gran obstáculo, no es suficiente la sola “buena voluntad” ni la mera actuación de aficionados a la psicotecnia; se necesita algo más: hace falta mucho amor y ciencia. Amor, para comprender al niño y quererle personalmente con todas sus características, tal como es, y ciencia para saber resolver el caso concreto de cada uno (Pereida, 2006).

### *Su Necesidad*

Pereida (2006), menciona en base a datos aportados en estudios sobre el niño carente de familia en ciertas provincias españolas, se puede inferir que alrededor de un 10% de niños se encuentran en estado carencial respecto de un ambiente familiar normal.

Aún más, se puede afirmar que hoy en día, como resultado de múltiples causas, el niño “hogareño” regular y que vive normalmente en el seno de una familia, va siendo cada día más excepcional. De ahí que la institucionalización

---

es algo necesario para un porcentaje considerable de niños, lo que no quiere decir que haya de considerarse como ideal, sino como un servicio indispensable para resolver el problema (Pereida, 2006).

Por consiguiente, se ha de procurar dar a dichas instituciones una serie de garantías desde el punto de vista psicológico y social, enfocando su régimen interno del modo más humano posible para que el niño se sienta tranquilo y seguro y no un “número más, un ser despersonalizado, como desgraciadamente suele ocurrir” Psiquer y Jover 1956 (citados en Pereida, 2006).

### *Peligros que Implica*

Pereida (2006), indica que la forma más antigua, la clásica, de protección o cuidados de la infancia ha sido y sigue siendo la institucionalización. Sin embargo, esta forma de protección carece de lógica. Si, como se admite generalmente, el medio normal y más adecuado para el desarrollo físico, mental y afectivo del niño es su familia natural. Existe una evidente contradicción que debe ponerse de manifiesto, a fin de tratar de resolver este acuciante problema de la forma en que los organismos estatales dan ayuda social al niño.

Se sabe ya la extraordinaria trascendencia que las carencias afectivas durante la infancia tienen en la vida del niño, incluso tirándolo físicamente para el resto de sus días. Mal podrá llevarse a cabo el normal desarrollo afectivo del niño en instituciones masivas, dotadas de escaso personal y aún éste, en ocasiones, no muy cualificado. Tales instituciones no se desprenden totalmente de cierto carácter artificial, y se debe tener en cuenta, además de lo dicho anteriormente, en cuanto a su evolución posterior, el exceso de adaptación, la inadaptación a antiguos ambientes y masificación (Pereida, 2006).

- a) *Exceso de adaptación.* El niño debe adaptarse tan bien a la vida “dirigida” y al ritmo de la institución, es decir a unas condiciones de existencia en que las iniciativas y responsabilidades se incuban en invernadero, que se encontrarán desamparados al tomar de nuevo contacto con la vida real, pues han adquirido reflejos de pensionado o de ciudadanos de un mundo cerrado y hecho a medida (Pereida, 2006).

- 
- b) *Inadaptación a nuevos ambientes.* El niño no se adapta a ambientes como la familia, el barrio, etc., pues aún son frágiles en su nueva libertad, sobre todo porque carecen de una experiencia vivida que no han podido encontrar durante su estancia en el centro acogedor. Además, ahí han encontrado todo hecho y resuelto y generalmente gozan de comodidades que faltan a la mayoría fuera del centro. Esta mala adecuación del muchacho a sus necesidades le “producirá un estado de espera en la sociedad; que ésta le siga dando como lo ha venido haciendo hasta ahora sin pedirle nada a cambio. La institucionalización crea, en el niño, el hábito de dar sin pedir, eliminando así la vivencia emocional del esfuerzo y, por consiguiente, la valoración del objeto conseguido” (Pereida, 2006).
- c) *Masificación.* El niño deja de ser un individuo concreto para convertirse en un número, y como tal actuará, sin sentirse llamado a una irresponsabilidad e intervención personal, anulando, por otra parte, su iniciativa (Pereida, 2006).

En la institución, el binomio *autoridad–amor* de la familia, pasa a ser *autoridad–orden*; las relaciones con los hermanos dejan su lugar a una constelación de compañeros en la que ocuparán un lugar y sus relaciones personales del hogar se sustituyen por la disciplina; y el conocimiento del último rincón de la casa, por una serie de puertas que no está permitido pasar. De modo que, es necesaria una labor de desmasificación, comprendiendo al niño individualmente, y tratándole dentro de un grupo y no dentro de una masa. Agrupar a niño es positivo, masificarlo no (Pereida, 2006).

#### **1.6. Efectos de la institucionalización en los problemas conductuales de los niños abandonados.**

Como se mencionó, además del hogar familiar el único entorno que sirve como contexto amplio para el desarrollo humano, a partir de los primeros años, es la institución infantil. Desde una perspectiva ecológica, la existencia de tal contexto es importante porque ofrece la oportunidad de investigar la influencia que un entorno primario contrastante produce en el curso del desarrollo, a través de la infancia, la adolescencia, y a veces más allá, durante la madurez y la ancianidad (Moreno, 2006).

---

Mardomingo 1981 (citado en Jiménez, López, Jiménez, González y Gómez, 1986), menciona que en los estudios sobre la repercusión de la institucionalización en el desarrollo normal del niño, se ha logrado detectar un punto de coincidencia entre los diferentes autores, éste es, que las circunstancias ambientales propias de la institución, producen un progresivo deterioro de la conducta, así cuanto más pequeño es el niño y más largo es el periodo de institucionalización, más deterioro produce en su conducta y formación.

Lindgren y Byrne (1977), al respecto menciona que es el tipo de interacción entre el niño y sus padres, así como las expectativas y sentimientos de los padres hacia el niño, lo que determina en gran parte el tipo de personalidad futura de éste, pudiéndose apreciar diferencias significativas entre niños que han vivido en el seno familiar y niños institucionalizados desde que nacieron (en Jiménez y cols. 1986).

En México, si bien no se cuenta, con datos concretos sobre su prevalencia en la población infantil, se han documentado algunas manifestaciones asociadas con ésta, como son: la *inquietud* en un 19%, la *irritabilidad* con un 17%, el nerviosismo en un 16%, el déficit de atención con un 14%, la desobediencia en un 13%, la *explosividad* con un 11% y la *conducta dependiente* en un 9% (Caraveo y Anduaga, 2002).

Desde comienzos del siglo XX los clínicos se han interesado en el desarrollo psicológico y el bienestar de los niños institucionalizados. Durante los primeros cincuenta años, las objeciones hechas al cuidado institucional fueron minimizadas por la comunidad científica. En las observaciones de Skeel en 1966, se subestimaron debido a que los resultados implicaban que el medio tenía un impacto profundo en la inteligencia. Del mismo modo, muchas otras demostraciones acerca de la condición psicológica de los niños institucionalizados tuvieron poco impacto, quizás porque se estimaba que la condición psicológica era la causa y no el resultado de la crianza institucional (Méndez y González, 2002).

Luego de la segunda guerra mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se interesa en evaluar las repercusiones para la salud mental en el caso de “niños que eran huérfanos o habían sido separados de sus familias por otras razones y precisaban de cuidado en familias adoptivas, instituciones u otros tipos de atención colectiva” Bowlby 1995 (en Méndez y González, 2002).



---

Clarke y Clarke (1976) al igual que Bronfembrener (1979), han reseñado que en ciertas condiciones la institucionalización de los niños a una edad temprana produce un debilitamiento de la función psicológica y del desarrollo.

En opinión de Spitz 1954a (citado en Bronfembrener, 1979), una separación prolongada de la madre, a partir del segundo medio año de vida, cuando la mayoría de los bebés ya han formado un fuerte apego maternal, no solo produciría una reacción más seria, sino también efectos más duraderos que una separación que hubiera tenido lugar antes.

Así mismo, Bronfembrener 1968 (citado en Bronfembrener, 1979) en un amplio análisis que realizó sobre las condiciones y las consecuencias de la privación temprana, llegó a una conclusión contraria, en la que si bien los efectos inmediatos fueron más debilitadores cuando la privación de la madre tuvo lugar durante el segundo medio año de vida, las consecuencias a largo plazo fueron más serias para los niños institucionalizados al principio de la primera infancia.

En su publicación *El Cuidado Materno y Salud Mental*, Bowlby 1995 resumió las observaciones de Spitz 1954a, y de muchos otros acerca de los efectos dañinos de la institucionalización prolongada en el desarrollo de la personalidad. Según Bowlby, los niños que habían sido privados de sus madres, particularmente aquellos niños institucionalizados, sufrían en su desarrollo emocional, intelectual, verbal, social e incluso físico (Méndez y González, 2002).

Bowlby (1951), llegó a la conclusión, sobre la base de la investigación con la que entonces contaba, de que cuando los niños están expuestos a la falta de la madre, no todos los aspectos del desarrollo se ven afectados de la misma manera. Lo que resulta menos afectado es el desarrollo neuromuscular, que incluye caminar, otras actividades locomotoras, y la habilidad manual. Las más afectadas son el habla, resultando la capacidad de expresión la más afectada que la de comprensión y el ajuste emocional, en particular la capacidad de establecer y mantener apegos emocionales genuinos, sin que estos trastornos afectivos puedan observarse en su totalidad hasta el final de la infancia y la adolescencia.

Antes de comenzar a desarrollar la temática referida a los efectos que la institucionalización posee sobre el desarrollo y salud mental, es importante aclarar que la institucionalización (es decir, la separación y carencia de

---

relaciones estables) “no” condena a los niños a la desadaptación y vulnerabilidad, es decir, la separación y carencia de las relaciones estables.

Tal como lo plantea Maclean (2003), una de las principales investigadoras en el tema: “la vida en los orfanatos y la depravación intelectual, física, social y emocional que esta conlleva se constituyen claramente en un factor de riesgo para el desarrollo menos que óptimo. Lo que hemos aprendido de los estudios en los niños institucionalizados es que, sin embargo, haber experimentado esta condición no necesariamente condena a un niño a un retraso en el desarrollo. También importa lo que ocurre después de la institucionalización. La institucionalización es claramente un factor de riesgo para los problemas del desarrollo, pero no es posible predecir algún tipo de resultado en el desarrollo con alguna certeza, sabiendo que un determinado infante ha sido institucionalizado en su etapa temprana de vida”.

Por ende, la institucionalización como efecto de separación y ruptura del vínculo primario, y la consecuente carencia de relaciones estables no es un factor causal directo del riesgo, sino que son diversas las variables que se deben considerar a la hora de evaluar estos efectos (en Lecannelier, 2006).

### **Consecuencias generales del Abandono Infantil.**

A través del tiempo diversas definiciones se han dado en torno a la problemática que presentan estos niños y al análisis de las consecuencias de las agresiones en cualquiera de sus modalidades. Por lo general, cuando el comportamiento del responsable de un menor, ya sea por acción o por omisión, pone en peligro o puede llegar a poner en peligro su salud física o psíquica, la situación podemos calificarla de malos tratos (Pereida, 2006).

El Departamento de Salud y Servicios Humanos durante el 2008 dio a conocer que los investigadores han relacionado al maltrato y abandono infantil las siguientes consecuencias:

### **Consecuencias Psicológicas.**

*Dificultades durante la infancia.* La depresión y el llamado “síndrome de rechazo” son consecuencias comunes a un tipo de maltrato emocional o físico, o a una forma de negligencia ambiental o abandono en los niños de más de tres años de edad. (Dubowitz, Papas, Black & Starr, 2002).

---

*Mala salud mental y emocional.* En un estudio a largo plazo con jóvenes abusados o abandonados, más del 80% fueron diagnosticados con un desorden psicológico al cumplir los 21 años. Estos jóvenes tenían problemas con la depresión, la ansiedad, los desórdenes alimenticios, y muchos intentaron suicidarse (Silverman, Reinherz & Giaconia, 1996).

Otras condiciones psicológicas y emocionales asociadas al maltrato y al abandono infantil son el pánico, la depresión, la ira, el trastorno disociativo, el estrés postraumático, los trastornos afectivos y el llamado síndrome de déficit de atención e hiperactividad (Taicher, 2000; De Bellis & Thomas, 2003; Springer, Sheridan, Kuo & Carnes, 2007).

*Dificultades al procesar información (dificultades cognitivas).* La Encuesta Nacional para el Bienestar del Niño y el Adolescente (NSCAW, por sus siglas en inglés) estudio a un grupo de niños colocados fuera de una casa por razón de maltrato o abandono y encontró que obtenían calificaciones más bajas que los niños en la población general en términos de habilidades para el lenguaje, el trabajo escolar y la capacidad para procesar información (Departamento de Salud y Servicios Humanos, 2003).

*Dificultades sociales.* Los niños que sufren el rechazo o el abandono tienen más probabilidades de desarrollar hábitos y rasgos antisociales al ir creciendo. El abandono infantil, ya sea paterno o materno también están relacionados a los desórdenes de la personalidad y al comportamiento violento (Schore, 2003).

### **Consecuencias en el Comportamiento.**

Musitu, Clemente, Escarti, Ruipérez y Roman 1990 (citados en Jiménez y cols. 1986), ha confirmado que los niños institucionalizados muestran más agresividad que aquellos no institucionalizados, en los que se ha comprobado ausencia de carencias físicas o psíquicas graves.

De este modo, la agresividad infantil ha sido definida en términos de la conducta manifiesta en el niño, la cual implica destrucción, así como daño físico a otros, a él mismo o a propiedades. Además incluye agresión física, amenazas verbales, arrebatos explosivos de destrucción de propiedad y auto-daño en el contexto de frustración o estimulación aversiva (Fajardo y Hernández, 2008). De tal manera, que si no se trata oportunamente por ser un problema con inicio en la infancia, no sólo tiende a persistir en la edad adulta, sino que también se exagera con el paso del tiempo. Siendo

---

precursora la conducta agresiva, en gran medida, de comportamientos antisociales a corto y mediano plazos, tales como la criminalidad y la delincuencia, el abuso de sustancias y las relaciones sexuales tempranas (Widom, Schurk, & White, 2006).

Además, llega a repercutir sobre otros desenlaces como el fracaso escolar y el rechazo de los compañeros, pues las repercusiones de la conducta agresiva se asocian con la pérdida de productividad y la necesidad de intervenciones continuas a corto y largo plazos (Rhule, Riksen & Bakel, 2007).

Siendo identificada también como un componente común a los problemas de conducta y conductas antisociales, la conducta agresiva representa uno de los problemas más frecuentes de salud mental en los niños, ya que aproximadamente oscila entre un 30% y un 50% de todos los problemas clínicos que se refieren a consulta (Semeekens, Riksen & Barkel, 2007).

Un estudio de La Encuesta Nacional para el Bienestar del Niño y el Adolescente (NSCAW, por sus siglas en inglés) con niños entre los tres y cinco años viviendo con padres sustitutos encontró que estos niños tenían más problemas de comportamiento que los niños en la población general (Administración para los Niños y las Familias, 2004). Algunas de estas consecuencias son:

*Dificultades durante la adolescencia.* Varios estudios han concluido que los niños maltratados o abandonados tienen por lo menos un 25% de probabilidades de meterse en problemas con la delincuencia, las drogas, el bajo rendimiento académico, e incluso el embarazo adolescente. Con frecuencia también tienen problemas de salud mental (Kelley, Thornberry & Smith, 1997).

Otros estudios sugieren que los niños maltratados o abandonados tienen más probabilidades de arriesgarse sexualmente al llegar a la adolescencia y contraer una enfermedad de transmisión sexual (Johnson, Rew & Sternglanz, 2006).

*La delincuencia juvenil y la criminalidad adulta.* De acuerdo a un estudio del Instituto Nacional de Justicia, los niños maltratados o abandonados tienen más probabilidades de ser arrestados por actos violentos o criminales como adultos, y más probabilidades de ser arrestados por uno de varios tipos de crimen violento como adultos o menores de edad (English, Widom & Brandford, 2004).

---

*El abuso del alcohol y las drogas.* Los investigadores han demostrado una y otra vez que los niños maltratados y abandonados tienen más probabilidades de fumar, abusar del alcohol o consumir drogas ilícitas durante su vida (Dube, Anda, Felitti, Chapman, Williamson & Giles,. 2001).

Según el reporte del Instituto Nacional para el Abuso de Sustancias, al menos dos terceras partes de los individuos que reciben tratamiento por abuso de drogas dicen haber sido maltratados y abandonados durante su infancia (Swan, 1998).

*Comportamientos abusivos.* Se estima que aproximadamente una tercera parte de los niños abusados o descuidados eventualmente causaran daño a sus propios hijos (Prevent Abuse New York, 2003).

Macleán (2003), por su parte señala que las principales variables que las investigaciones han demostrado que influyen en el riesgo de la institucionalización, se encuentran:

- *Los recursos físicos de la institución:* esta variable se refiere a las condiciones físicas en las que viven los niños institucionalizados, en relación a espacio físico, calidad de las camas, calidad y cantidad de juguetes, disponibilidad de espacios abiertos, etc. Esta es una variable que suele tener ciertas influencias en el desarrollo del niño.

Ante esto, Bronfembrener (1979) menciona que es muy probable que un ambiente institucional resulte perjudicial para el desarrollo del niño si se combinan las siguientes circunstancias: si el *ambiente ofrece pocas posibilidades para la interacción del niño con su cuidador*, en una variedad de actividades, y si el *entorno físico restringe las oportunidades de locomoción* y contiene pocos objetos que el niño puede utilizar en la actividad espontánea.

- *Tiempo de institucionalización:* esta es una de las principales variables que suele aparecer como significativa a la hora de evaluar los efectos de la institucionalización en el desarrollo del niño. Es decir, que a mayor tiempo de institucionalización, más daño, más permanente y más reversible (Macleán, 2003).

---

De este modo, el impacto perturbador inmediato de un ambiente institucional empobrecido tiende a ser mayor para los niños que, al ingresar a la institución, son separados de la madre o de otra figura parental durante el segundo medio año de vida, cuando el apego y la dependencia del bebe con respecto a la persona que lo cuida habitualmente suele alcanzar su mayor intensidad. Antes o después de ese periodo, las reacciones inmediatas a la institucionalización tienden a ser menos intensas (Bronfembrener, 1979).

- *Calidad del apego de las cuidadoras:* la calidad del vínculo que las cuidadoras desarrollan con los niños es un factor ocurrente a la hora de evaluar los efectos de la institucionalización. Es decir, que si las cuidadoras suelen ser muy poco o demasiado responsivas, afectivas, estimuladoras, influye sobremanera en el modo como los niños se vinculan con ellas, pero también y sobre todo, en el modo como se desarrollará el futuro vínculo con los padres adoptivos (Maclean, 2003).

Al respecto Bronfembrener (1979), señala que los efectos de retraso en el desarrollo que produce la institucionalización pueden prevenirse o revertirse si se coloca al niño en un ambiente que incluya las siguientes características: un entorno físico que ofrezca oportunidades para la locomoción y que contenga objetos que el niño pueda utilizar en la actividad espontanea. La disponibilidad de cuidadores que interactúen con el niño en una variedad de actividades, y la disponibilidad de una figura parental con la que el niño pueda desarrollar un fuerte apego.

- *Calidad del apego de los padres adoptivos:* una de las principales razones de por qué la institucionalización no condena a los niños al riesgo, es el hecho de que la relación con los padres adoptivos suele ser la otra parte del proceso. Es decir, que los efectos nocivos que se pueden observar en los niños institucionalizados no sólo se explican por su permanencia en las instituciones, sino que también por la relación familiar de los padres con el niño (Maclean, 2003).

- 
- *Razón de niños por familiares:* esta es una variable que parece simple, pero implica un problema muy grave que poseen las instituciones, a saber, la inestabilidad vincular que experimentan los niños. Es decir, que a mayor razón de niños por familiares, implica que estos infantes tienen diversos cuidadores que se van rotando en el cuidado, por ende, él bebe no es capaz de desarrollar modelos de apego específicos. Por ende, “muchos cuidadores no es ningún cuidador” (Macleay, 2003).

Desde una perspectiva evolutiva, los dos aspectos más críticos del entorno institucional son aquellas características, tanto físicas como sociales, que permiten y estimulan la participación del niño en una variedad de actividades, tanto conjuntamente con un adulto como espontáneamente por sí mismo o con otros niños (Bronfenbrenner, 1979).

Es así como, Tizard & Rees (1975) llegan a la conclusión, de que, en lo que respecta al desarrollo cognitivo, la vida en una institución no resulta necesariamente empobrecedora; sin duda, muchos niños se deben haber desarrollado con más rapidez de lo que lo hubieran hecho en sus hogares. Todas las pruebas procedentes de este y de otros estudios sugieren que cuando a los niños no se les habla ni se les lee con frecuencia, y cuando no reciben una estimulación variada, tienden a retrasarse, independientemente del entorno social; el retraso institucional, cuando se produce, surge de la misma pobreza de experiencia que cualquier otro retraso producido por el ambiente.

De lo anteriormente expuesto, se desprende que la mayoría de las variables propias de la institucionalización que ejercen efectos negativos en el desarrollo del niño, tienen que ver con la carencia de las relaciones afectivas estables y continuas. Es decir, que la institucionalización constituye la condición de riesgo extremo para comprender los efectos de la separación.

A continuación, se hablará brevemente de la evidencia existente sobre los riesgos que la falta de vínculos estables, en las condiciones de institucionalización, generan en el desarrollo humano: los problemas conductuales.

En uno de sus estudios Goldfarb: 1943a y Pringle y Bossio: 1958 (citados en Bronfenbrenner, 1979), sobre el desarrollo cognitivo, coinciden claramente con las conclusiones de Bowlby en que los aspectos del desarrollo que tienen más probabilidades de resultar afectados por la institucionalización temprana no se

---

encuentran en los campos que suelen medirse por medio de test psicológicos estandarizados, sino en la conducta de las personas en la vida diaria, en especial en las situaciones que requieren iniciativa y un esfuerzo sostenido, y en las relaciones con los demás.

Los primeros de estudios de institucionalización realizados, ya demostraron que los niños institucionalizados (y posteriormente adoptados) tienden a presentar problemas de conducta, incluso en aquellos ambientes que se habían criado en buenas instituciones (Tizard & Rees, 1975).

Estudios más actuales han demostrado la misma tendencia, revelando un patrón de problemas externalizantes (conductas agresivas e impulsividad) e internalizantes (problemas afectivos, ansiedad, problemas somáticos). Nuevamente se confirma que una de las principales variables que se relacionan con la aparición y números de problemas, es el tiempo de institucionalización (Ames, 1997).

Un grupo de Canadá encontró que los principales problemas de conducta que suelen presentar los niños post-institucionalizados (adoptados) Fisher, Ames, Chisholm & Savoie (1997), son:

- a) *Problemas alimentarios*: estos problemas suelen ir desde el rechazo a comer hasta la ingesta excesiva de comida, ambas dificultades relacionadas a las precarias condiciones de vida en la institución (que pueden llegar a persistir años posteriores a la adopción).
- b) *Conductas estereotipadas*: las conductas más típicas son el balanceo estereotipado y los movimientos bruscos de brazos. Estas conductas pueden representar intentos de autorregulación (distracción autónoma de experiencias negativas) y tienden a desaparecer una vez adoptados los niños, pero en algunos niños pueden persistir hasta 3 años después de la adopción (siendo la variable “tiempo de institucionalización” una de las principales causas de esta cronicidad).
- c) *Relaciones de pares*: los niños institucionalizados y posteriormente adoptados suelen presentar más problemas de pares que el resto. Las principales dificultades que se observan son la evitación del contacto, el sentirse abrumado por la atención afectiva de los pares, la incapacidad de interpretar adecuadamente las claves afectivas y la pérdida de límites sociales.



- 
- d) *Problemas atencionales*: este es un problema cuasi generalizado en niños institucionalizados, presentando problemas de focalización de la atención, atención en actividades sin sentido y alta desconcentración.

En una publicación más reciente sobre el estudio longitudinal de Tizard & Rees (1975), mencionan la existencia de diferencias significativas, a los ocho años, en la conducta en clase, entre los niños que habían estado antes en una institución y los que habían sido siempre educados en un hogar. Estos últimos comprendían dos grupos: otros alumnos de la misma clase y los niños del grupo de comparación original, que no habían estado nunca en una institución. Si bien no se informó a los profesores acerca de los antecedentes de los niños, los alumnos que habían estado en instituciones durante algún tiempo se caracterizan con más frecuencia por presentar una conducta antisocial, y se les describió utilizando expresiones como: inquietos, no agradan demasiado a los demás niños, irritables, buscan llamar la atención, desobedientes, mienten con frecuencia y se muestran resentidos o agresivos cuando se les corrige. Los padres de los niños, en el hogar, registraron diferencias similares, pero menos marcadas.

Es así como, estos autores llegan a la conclusión de que el desarrollo posterior del niño institucionalizado a una edad temprana depende, en gran medida, del ambiente al que se le traslada. Con respecto a los efectos posteriores de la institucionalización, los autores adoptan una actitud más limitada: estos descubrimientos parecen sugerir que, hasta seis años después de dejar la institución, algunos niños todavía presentan los efectos del hecho de haber estado en una institución a una edad temprana. Es importante que se reconozca que las instituciones en cuestión son las mismas que, según la descripción anterior de Tizard y Rees (1975), tenían una buena proporción entre el personal y los niños, junto con una generosa provisión de juguetes, libros y excursiones a la falta de una relación estrecha y/o continuada con una madre sustituta.

De este modo se concluye que la mayoría de los autores revisados en este apartado, coinciden en que una situación persistente de maltrato o abandono se asocia a una mayor problemática en el menor que se extenderá a lo largo del tiempo. Pues se puede observar que el desarrollo del niño abandonado que por lo tanto, ha sido sometido a una institución puede resultar patológico dándose una falta de integración entre las competencias cognitiva, social y emocional que permiten a las personas adaptarse a un determinado estadio.

---

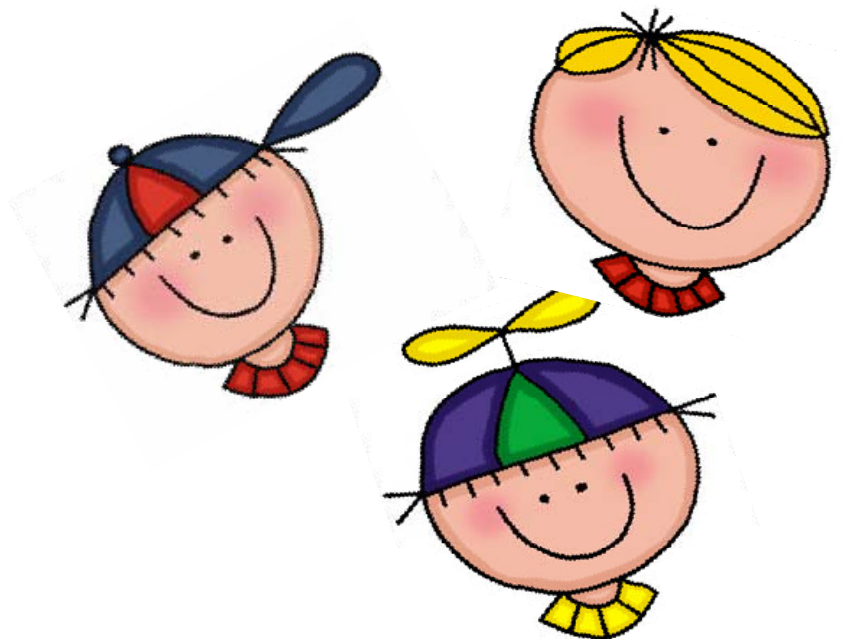
Así mismo, analizando las posibles variables que afectan e influyen en estos problemas, nuevamente se encuentra que el tiempo de institucionalización y la calidad del ambiente familiar adoptivo explican gran parte de la aparición y permanencia de todos estos problemas conductuales.

Pueden ser muchas las explicaciones que se pueden ofrecer para dar cuenta de esta estrecha relación entre institucionalización y problemas conductuales; mismas que consideran factores de riesgo en lo prenatal y genético, la falta de una relación de apego estable y coherente, la adaptación propia del contexto adverso de los centros o instituciones, y el mantenimiento y reforzamiento de estas conductas por parte de los padres adoptivos.



# CONDUCTAS AGRESIVAS EN LA EDAD INFANTIL

## CAPÍTULO 2



---

## *CONDUCTAS AGRESIVAS EN LA EDAD INFANTIL*

### *Capítulo 2*

Es común observar y escuchar que las conductas agresivas en los niños son muy frecuentes, pero lo son aún más en aquellos menores que por ser víctimas de maltrato y/o abandono, se encuentran institucionalizados en centros de internamiento o en hogares infantiles. Por tanto, la agresividad es la principal manifestación y consecuencia observada en los menores durante el tiempo de su institucionalización; así como el resultado de otros trastornos más graves presentes durante su desarrollo, a su egreso de la institución y en la edad adulta; generando en ellos dificultades en la adaptación a su medio ambiente, una vez fuera del contexto de institucionalización (Méndez y González, 2002).

Hernández (2009), refiere que el comportamiento agresivo es uno de los problemas de conducta con mayor incidencia en los niños y que puede traer diversas consecuencias de alto riesgo tanto para los menores como para aquellos que los rodean. Al referirse al estudio del comportamiento agresivo del niño se tiene conocimiento de que este problema es multicausal, es decir, depende de diversos factores y también puede traer consigo graves repercusiones en etapas más avanzadas.

Los hallazgos obtenidos en recientes investigaciones confirman que generalmente los niños reportados con problemas de conducta, principalmente de agresividad aunada a otros factores, presentan una alta probabilidad de convertirse en delinquentes al llegar a la adolescencia (Ayala, Chaparro, Fulgencio y Pedroza, 2000).

De acuerdo con Hernández (2009), actualmente es durante la infancia cuando los niños se vuelven más empáticos y tienden a desarrollar un comportamiento prosocial lo cual hace que actúen apropiadamente en las situaciones sociales. Durante los años escolares la agresividad generalmente disminuye y cambia de forma, y es la agresividad hostil la que se vuelve más común que la agresividad instrumental, pues los niños están relativamente libres de emociones negativas y suelen afrontar los problemas de manera constructiva. Es en esta etapa del desarrollo cuando los niños son más conscientes de las reglas de su cultura respecto a las manifestaciones emocionales. De modo que, la infancia intermedia es una etapa de transición de correulación, en la cual los padres y el niño comparten la autoridad.

---

Cerezo (1997), menciona que la agresión se puede manifestar de diversas formas en los niños de acuerdo a su desarrollo, para poder valorar a un niño como agresivo se debe considerar la etapa en la que se encuentra, debido a que algunos comportamientos son propios en una edad y en otra son considerados inapropiados, por ejemplo: los berrinches son parte normal del desarrollo en un niño de tres años y su presencia no debería ser una indicación de trastorno del comportamiento en esta edad, pero lo puede ser si los berrinches son persistentes más allá de los 6 años.

Así mismo, alude que es entre los 3 y 4 años cuando las manifestaciones agresivas (gestos, patadas, llantos y golpes, entre otros) aumentaban y se agravaban constituyendo la forma habitual para interactuar, a partir de los 4 años surgida la agresividad como reacción ante la frustración, cuando el niño se encontraba con obstáculos para obtener lo que quería y orientaba su agresividad hacia la persona u objeto que le provoca su frustración.

Berkowitz 1962 (citado en Cerezo, 1997), mencionó las características de los diferentes momentos de evolución de la agresión: así, de los 4 a los 6 años la agresión se manifiesta en forma de enojo, celos y envidia abundando los juegos agresivos, y en general se orienta hacia los padres. Entre los 6 y los 14 años las formas de la agresión son enojo, fastidio, disgusto, envidia, celos y censura, en ese momento de agresión los objetos de agresión son los padres, los hermanos e incluso el mismo sujeto. A partir de la adolescencia se empieza a configurar la agresividad que formará la edad adulta, aquí se incluye toda una gama de sentimientos modificados de agresión que se experimentan en relación con las actividades, el trabajo y el deporte.

Es por eso, que los padres juegan un papel activo en el desarrollo cognoscitivo y socio emocional de sus hijos; pues el padre es visto como el agente socializador y las madres son las encargadas de los cuidados, de la alimentación, fomentan o retrasan la competencia de los niños y aprenden los papeles de género. Los padres deben explorar ciertos ámbitos en sus hijos con el propósito de darse cuenta si estos tienen algún trastorno en su desarrollo.

Por su parte, Baumann y Perrez (1996), propusieron los siguientes ámbitos para el análisis de la conducta agresiva: el desarrollo corporal del niño, el desarrollo de sus relaciones sociales, el análisis de la conducta de lo que sucede en familia, la constatación de recursos positivos en el niño o en la familia, informaciones sobre la conducta en la escuela, apreciaciones sobre las relaciones con los hermanos y con los de su misma edad, informaciones sobre actividades familiares, datos sobre las relaciones entre los padres y los niños

---

(apoyo, reconocimiento, imposición de limitaciones) y el entorno social como estresante del niño.

Hernández (2009), añade que la conducta agresiva es normal en ciertos periodos del desarrollo infantil, la agresividad está vinculada al crecimiento y cumple una función adaptativa. Este tipo de conducta suele gestarse en la niñez temprana y después de los 6 o 7 años en mayor proporción los niños se vuelven menos agresivos, conforme los niños crecen regulan mejor sus expresiones emocionales en sus situaciones sociales y responden a las angustias emocionales de los demás. Asimismo, James subrayó que es la excitación visceral simultánea aquella que se siente como emoción, dejando atrás la relación de emoción y acción. También sostenía que la mejor prueba de la causa inmediata de la emoción es un efecto físico sobre los nervios, está proporcionada por aquellos casos patológicos en los cuales la emoción no tiene objeto, normalmente cualquier emoción comienza con la percepción de algún objeto o situación real o imaginario.

Carl Lange (en Magda, 1970), a diferencia de James, pensaba que los cambios en el sistema circulatorio o más bien que los cambios viscerales, eran responsables de la experiencia emocional.

Para Dumas (citado en Magda, 1970), las emociones fueron estados psicológicos, diferentes a los instintos por que no eran tendencias hacia la acción. Este autor concebía la emoción como estática y distinguía entre estados pasivos y activos, la forma pasiva de una emoción era una intensificación de su forma activa, las diferentes emociones fueron experiencias psicológicas distintas con sensaciones corporales también diferentes. La emoción era la sensación que aparece al ocurrir cambios corporales luego de percibir un hecho excitante, es decir, la emoción era la percepción de los cambios corporales que ocurren después de cierto estímulo. Todo ser humano tiene experiencias emocionales similares, más no idénticas.

Lazarus y Lazarus (citados en Bata, 2004), definieron las emociones como reacciones complejas en las que se ven mezcladas la mente y el cuerpo. Estas reacciones comprendían un estado mental subjetivo, como el sentimiento de enojo, ansiedad o amor; un impulso a actuar como huir o atacar de forma abierta o no; y cambios corporales, como un ritmo cardíaco más acelerado o una presión arterial más elevada, algunos de estos cambios corporales preparaban y sostenían las acciones de afrontamiento y otras como posturas, gestos y expresiones faciales, comunicaban a los demás lo que se siente, en este

---

último caso se hacía referencia a tres elementos: un impulso a actuar, cambios corporales y un estado subjetivo particular.

A continuación se describirán algunos puntos de vista con respecto a la clasificación de las emociones con el propósito de estudiar la conducta agresiva como la expresión de una emoción de ira o enojo por parte del hombre.

De acuerdo a diferentes expertos en el tema, clasifican a las emociones en dos tipos: las emociones primarias y las emociones secundarias. Las primeras, se desencadenan en respuesta de un evento, por ejemplo el miedo, por su parte las segundas son aquellas que surgen como consecuencia de las primarias, por ejemplo, del miedo se puede desprender la rabia, según la situación en que se encuentre la persona.

Para James, las emociones primarias eran: el amor, el miedo, el duelo y la ira. Mientras que para Robert Plutchik (citado en Magda, 1970), este tipo de emociones comprendían: el miedo, la rabia, la tristeza, la sorpresa, la aceptación y la alegría, estas categorías permitían la adaptación de las demandas del ambiente en diferentes formas, según este autor las emociones se podían combinar para producir diversas experiencias, también podía existir la transición de una emoción a otra, por ejemplo, la frustración podía producir agresión pero no siempre lo hacía, en algunos casos era seguida por miedo y retirada, en otros por acción altamente constructiva.

Dennis y Darwin consideraban la expresión de la ira o el enojo en los niños como un despliegue de conductas que actualmente se consideran agresivas, por ejemplo, patear, morder, luchar, insultar. Patterson y Buss (citados en Magda, 1970), relacionaban las respuestas agresivas con el enojo, aunque consideraban sin lugar a dudas que la conducta agresiva no era la única expresión de dicha emoción, mencionando que existían otras formas de respuesta ante el enojo.

Las emociones como el enojo son producidas por procesos activos, incluyendo recuerdos del pasado, expectativas del futuro, conciencia del comportamiento actual y de las respuestas fisiológicas, comparaciones de las conductas deseadas, juicios, entre otros.

Los actos agresivos pueden ser instrumentales o emocionales. Siendo la *agresión instrumental* el comportamiento realizado con propósito extrínseco, que ocurre sin enojo, por ejemplo: actos que solamente involucran palabras o frases para generar poder; y la *agresión emocional* se deriva de la urgencia de

---

atacar a alguien en cuanto la persona se siente mal aun cuando no pueda beneficiarse por ello y tenga que pagar el precio por la agresión, este tipo de agresión puede ocurrir en respuesta a alguna injusticia percibida, mientras que en otros casos se vuelven agresivos cuando están aburridos o cuando quieren emocionarse o estimularse (Feshbach, 1964).

Stern & Foodor (1989), por su parte, comentaron que el enojo es un componente emocional de la agresividad el cual requiere de atención mediante un manejo adecuado y su control de conductas resaltando también el aspecto negativo de la emoción.

Kassinove, Eckhardt, y Endes (1993), definieron el enojo como una emoción negativa interna asociada a deficiencias, distorsiones cognoscitivas y de percepción, etiquetaje sin fundamentos y cambios fisiológicos. Enfatizaban que el enojo, la mayoría de las veces, está orientado a una meta y tiene sus orígenes en el ambiente social, el enojo señalaba la necesidad de corregir una acción evaluada como incorrecta y representaba un intento para cambiar la probabilidad de una acción en el futuro.

En el caso de los niños Bata (2004) y Cerezo (1997) comprobaron que algunos utilizaban un repertorio de conductas agresivas para expresar su enojo y la expresión manifiesta de esta agresividad se iba inhibiendo conforme el niño fuera socializando lo que implicaba el desarrollo de controles internos y el aprendizaje de formas más eficaces y aceptables de resolver sus problemas gracias a la incorporación de reglas sociales.

El enojo no es agresividad, aunque según Lazarus y Lazarus (citados en Bata, 2004), el enojo si daba un fuerte impulso a agredir, sin embargo se podía llegar a manejar que el enojo podía o no tener una respuesta agresiva, aunque si podía facilitarla, la agresión también podía tener causas o facilitadores diferentes al enojo. Para comprender mejor la agresión es importante contrastarla con el enojo, a modo general la agresión se refiere a una conducta motora destructiva o punitiva hacia otra persona u objetos con la intención de dañar o lastimar a otra persona u objeto, mientras que el enojo se refiere a sentimientos y actitudes.

Del Barrio (en Bata, 2004), mencionaba que una expresión del enojo es a través de la conducta agresiva. Asimismo, señalaba el enojo y la agresión como un continuo, este autor mencionó que la ira era una emoción relevante puesto que representaba el primer paso de la escala hacia la agresión, y ésta es una de las preocupaciones primordiales de la conducta infantil en los últimos tiempos,



---

sin embargo se debe considerar que no siempre el enojo es el primer paso de la agresión.

Desde la perspectiva conductual explicaban que no había motivos suficientes para hacer una distinción entre enojo y agresión considerando que los estímulos y las consecuencias de ambos eran las mismas (Hernández, 2009).

Se puede concluir así, que el enojo provoca diversos cambios fisiológicos y psicológicos en el individuo que lo preparan para cierta respuesta que puede ser agresiva o no. Los niños que no se desarrollen con éxito en este proceso y que sean intensamente emocionales expresarán su enojo con agresión de forma crónica, además mantendrán generalmente relaciones interpersonales negativas y responderán de una manera no constructiva, lo que implica un mal funcionamiento en la casa o en la escuela, las expresiones positivas del enojo son las respuestas no agresivas.

## **2.1. Definición y tipos de Conductas Agresivas**

Al hablar de agresividad se presentó en primer lugar la dificultad de tener un concepto universal, debido a que existen varios autores que definen el término de manera muy diferente.

Dollard, Doob, Miller, Mowrer & Sears (1939), definen a la agresión como una conducta que tiene como objetivo dañar a una persona o a un objeto, animado o inanimado.

Para Hanke y Huber (1979), la agresión representaba las formas de conducta que se adoptan con la intención de perjudicar directa o indirectamente a un individuo, dentro del lenguaje cotidiano se considera como un ataque físico, verbal o de otro carácter. Por su parte, Bandura (1974), definió la agresión como una conducta con el propósito primordial de herir y destruir.

En la Psicología, agresión se refiere a una conducta o tendencia hostil o destructiva. Además, se debe considerar que la conducta agresiva sirve tanto a la función individual como colectiva de adaptación tratando de preservar la integridad del individuo y la del grupo (Hernández, 2009).

---

De este modo, Vallés (1999), indica que en el caso de los niños, suele presentarse la agresividad en forma directa, como un acto violento contra una persona. Este acto violento puede ser físico, como patadas, pellizcos; o verbal como insultos o palabrotas. Incluso se da el caso de algunos niños que, en vez de manifestar su agresividad directa o indirectamente, lo hacen de forma contenida; gesticulaciones, gritos, resoplidos, entre otros.

Así pues, los arrebatos de agresividad son un rasgo normal en la infancia, pero en algunos niños se convierten en un problema por la persistencia de su agresividad y su incapacidad para dominar su mal genio. Pues estos niños agresivos en muchos casos, son niños frustrados, que acaban dañándose así mismo, se frustran aún más cuando los demás niños les rechazan (Flores, Jiménez, Salcedo y Ruiz, 2009).

Es así como la conducta agresiva es mucho más frecuente en los primeros años y posteriormente declina su frecuencia. En una investigación realizada por Flores y cols. (2009), demostraron que los niños son más agresivos que las niñas, incluso en los dos primeros años de vida. Mientras que es más probable que las niñas muestren su agresividad verbalmente, los niños expresan su agresión especialmente hacia otros niños, físicamente.

### **Tipos de Conductas Agresivas**

Buss (1961), propuso una clasificación para el comportamiento agresivo, este autor estableció tres dimensiones generales: según el grado de actividad implicada, el tipo de modalidad y la dimensión interpersonal:

- Según el *grado de actividad implicada*, la agresión puede ser activa o pasiva. La agresión pasiva normalmente suele ser directa pero a veces puede manifestarse indirectamente.
- Según la *modalidad*, puede tratarse de agresión física (por ejemplo un ataque a un organismo mediante armas o elementos corporales) o verbal (amenazar o rechazar).
- Según la *dimensión interpersonal*, la agresión puede ser directa (en forma de amenaza, ataque o rechazo) o indirecta (puede ser verbal

---

como divulgar un rumor, o física, como destruir la propiedad de alguien).

Por su parte, Hanke y Huber (1979), clasificaron la agresión en función de su *dirección*, es decir, atendiendo al sujeto al que van dirigidas, en este sentido, los subtipos de agresión son:

- *Heteroagresión*: Cuando la conducta agresiva se dirige hacia objetos, animales o personas distintas al agresor. A veces la agresión se dirige hacia un sustituto del objeto ya que el objeto mismo no es alcanzable.
- *Autoagresión*: Cuando la intención de daño va dirigida al propio agresor.
- *Agresión directa*: Cuando se trata de infligir un daño inmediato a la víctima que atenta contra su integridad (por medio de amenazas, ataques o rechazos).
- *Agresión indirecta*: Cuando el daño se da impidiendo que la víctima realice ciertas tareas u objetos (por medio de la calumnia, difamación, destrucción de objetos significativos).

Otro criterio clasificatorio trascendental con enfoque reactivo fue en 1964 por Feshbach (citado en Moser, 1992), para este autor la agresión se clasificaba según su *móvil*, es decir, el fin que persigue el agresor al ejecutar su conducta, bajo este criterio, las categorías de la agresión fueron:

- La *agresión hostil*: es un comportamiento cuyo fin es esencialmente infligir un sufrimiento o causar daño a otro. No existe duda alguna sobre la intención ni sobre las consecuencias esperadas por el agresor.
- La *agresión instrumental*: es la disposición a emplear estímulos nocivos como un medio de adquirir refuerzos extrínsecos.

- 
- La *agresión expresiva*: se encuentra motivada por el deseo de expresarse por medio de la violencia, es decir, con la violencia trata de afirmarse ya sea a sí mismo o ante los demás.

Cerezo (1997), menciona que el sistema APA establece que, para el caso de los niños y los adolescentes, las conductas agresivas cobran cuatro vertientes fundamentales, cuya estructura y descripción se presenta a continuación:

1. *Conductas que causan daño físico o amenazas a otras personas o animales.* (Fanfarroneo, amenazas o intimidación a otros; Peleas físicas; Utilización de armas para dañar a otras personas; Crueldad física ya sea con otras personas o con animales; Robo con enfrentamiento a la víctima y Forzar a alguien a una actividad sexual).
2. *Conductas agresivas que causan destrucción de los bienes de otras personas.* (Provocación deliberada de incendios y Destrucción deliberada de las propiedades de otras personas).
3. *Conductas fraudulentas o robos.* (Engaño a otros para obtener beneficios materiales personales y Engaño a otros para evitar el cumplimiento de obligaciones personales).
4. *Violaciones graves de las normas sociales.*(Escapes de la casa, por la noche siendo menores de 13 años de edad y Noviazgos precoces que inician antes de los 12 años de edad (pubertad).

Un autor más interesado en las tipologías de la agresión fue Renfrew (2001), quien estableció las siguientes categorías básicas:

- *Agresión predatoria*: se da básicamente cuando su móvil es preservar la existencia propia. Tiene múltiples conexiones con el comportamiento agresivo de los animales, particularmente con el que va dirigido a la obtención de alimentos para la supervivencia.

- 
- *Agresión por miedo:* responde a una situación amenazante proveniente del entorno. Presupone que previamente se dio uno o varios intentos de escapar.
  - *Agresión por irritación:* en la que la conducta agresiva viene determinada por una perturbación del estado emocional del agresor. A este tipo de agresión la generan usualmente, sentimientos de ira o enojo. El nivel de conciencia del daño en el autor es superior al que se da en otros tipos de agresión.
  - *Agresión sexual:* que puede interpretarse en dos perspectivas: en cuanto a la lucha entre machos de una especie para ganar la preferencia sexual de la hembra, o bien cuando tiene como fin la satisfacción del instinto sexual.

En la presente investigación se hará uso de la definición de conducta agresiva propuesta por Fajardo y Hernández (2008), en la cual una conducta agresiva es considerada como la conducta manifiesta en el niño, la cual implica destrucción, así como daño físico a otros, a él mismo o a propiedades. Además incluye agresión física, amenazas verbales, arrebatos explosivos de destrucción de propiedad y auto-daño en el contexto de frustración o estimulación aversiva.

## **2.2. Factores que favorecen el desarrollo de la agresividad en la infancia**

Dentro de los factores principales que favorecen el desarrollo de la agresividad en los niños (Flores y cols., 2009) mencionan los siguientes:

*Factores Biológicos.* Algunos estudios, sugieren la existencia de predisposiciones biológicas hacia las conductas desadaptadas, como si la agresividad tuviera lugar con una mínima influencia del ambiente, tomando diversas formas, desde el robo a la violencia.

*Factores Ambientales.* Determinados en primer lugar por la influencia de la familia, ya que en la edad infantil, el ambiente familiar incide en la conducta del sujeto de manera predominante. La mayoría de los estudios realizados en este sentido intentan precisar las características de las relaciones familiares y el alcance de su implicación en las conductas agresivas de los niños (Flores y cols., 2009).

---

En estudios realizados por Patterson, Capaldi y Bank (1981), afirman que las conductas antisociales que se generan en los miembros de una familia sirven de modelo y entrenamiento para las conductas antisociales que los jóvenes exhiben en otros ambientes, como por ejemplo la escuela, debido a un proceso de generalización de conductas antisociales.

Flores y cols. (2009), señalan que este proceso comienza con la imitación de modelos represivos de la familia para después pasar a ser la tónica en las relaciones interpersonales con independencia del lugar y los sujetos que interactúen. En el ámbito escolar, el proceso sigue tres estadios: el niño muestra conductas claramente antisociales, como peleas, pequeños hurtos, desobediencia; como consecuencia de ello es excluido del grupo de iguales y finalmente el niño fracasa en la escuela. Asimismo, estas conductas antisociales conllevan un deterioro progresivo en dos aspectos: por un lado en los problemas de relación entre iguales y a la vez, en el déficit escolar.

Otro elemento ambiental que favorece el desarrollo de la agresividad es la influencia que a largo plazo ejerce la exposición repetida a la violencia en los medios de comunicación (Flores y cols. 2009). Tal como lo indican los estudios de Wood, Wong y Chachere (1991), que demostraron que, en un 70% de los experimentos realizados, presenciar películas con contenido violento aumentaban significativamente el nivel de agresión de los individuos.

*Factores Cognitivos y Sociales.* Las investigaciones en este campo sostienen que los sujetos agresivos no tienen en su repertorio respuestas a situaciones adversas que no sean agresivas, y sugieren que la conducta agresiva, como forma de interactuar con el medio, es el resultado de una inadaptación debida a problemas en la codificación de la información que dificulta la elaboración de respuestas alternativas (Flores y cols., 2009).

De modo que, se puede decir que el niño agresivo se muestra menos reflexivo y considerado hacia los sentimientos, pensamientos e intenciones de los otros; que los niños bien adaptados (Cerezo, 2006). Incluso los jóvenes agresivos parecen tener dificultad para pensar y actuar ante los problemas interpersonales (Dodge, Petit, Mc Claskey y Brown, 1986). Estos déficits socio-cognitivos inciden de manera decisiva y pueden mantener e incluso aumentar las conductas agresivas.

*Factores de Personalidad.* Los niños agresivos muestran una tendencia significativa hacia el psicoticismo, lo que se traduce en una despreocupación por lo demás, el gusto por burlarse de los demás y ponerles en ridículo; lo que

---

supone una dificultad para poder compaginar con los otros, e incluso crueldad e insensibilidad ante los problemas de los demás (Flores y cols., 2009).

Igualmente señalan que otra característica destacada es su alta extraversión, lo que indica un temperamento expansivo e impulsivo que se traduce en el gusto por los contactos sociales y no por estar solo; inclinación por el cambio, por el movimiento y hacer cosas. Pero también tiende a ser agresivo como forma habitual de interacción social, se enfada con facilidad y sus sentimientos son muy variables. A esto hay que añadir que acusa cierta inclinación por el riesgo y las situaciones de peligro (Flores y cols. 2009).

### **2.3. Perspectivas Teóricas sobre la Agresividad**

Existen diversos enfoques teóricos que dan explicación a la agresión, los cuales se han ido desarrollando gracias a diferentes investigaciones sobre el fenómeno de estudio.

La teoría psicoanalítica y la siguiente teoría de la etología se consideran teorías activas o biológicas, esto quiere decir que ponen el origen de la agresión en impulsos internos.

*Teoría Psicoanalítica.* Supone que el niño nace con impulsos agresivos, pero que los modos en que se expresan estos impulsos se aprenden. Freud (1980), nunca trató de definir de forma precisa el concepto de agresión, este autor en un principio planteó la agresión en esta teoría como un componente del instinto sexual, que se manifiesta de diferentes maneras de acuerdo con cada etapa específica del desarrollo (Sigmund Freud, 1980).

En 1920 Freud teorizó en la espontaneidad e independencia de la agresión, en este último modelo pulsional, existía el instinto de vida que se enfrentaba contra el instinto de muerte, este último instinto estaba dirigido hacia fuera manifestándose a través de una pulsión agresiva.

De acuerdo a esta ideología se concibe perjudicial a la represión excesiva de la agresión. Sin embargo, este enfoque nunca dio indicaciones concretas de las posibilidades de dominar el impulso agresivo (Freud, 1999).

Los freudianos Hanke y Huber (1979), indicaban que la pulsión agresiva, para sí o con las demás personas, tenía su génesis en el surgimiento de la relación de odio, producto del enfrentamiento entre el afán de satisfacción y las fuerzas que se le oponen: el yo odiaba, aborrecía y perseguía con la intención de

---

destruir todos los objetos que se le convierten en fuentes de displacer, prescindiendo de si le privaban de la satisfacción sexual o de sus necesidades de conservación. Más tarde, atribuyeron la agresión a los instintos o pulsiones de autoconservación, aquí la agresión fue considerada como un fenómeno reactivo.

*Teoría de la Etología.* Los estudios etológicos sobre la agresión tienen su origen común en la teoría de la evolución de las especies desarrollada por Charles Darwin a mediados del siglo XIX, así como en subsecuentes revisiones que, entre otras demostraron la existencia de múltiples semejanzas del hombre respecto a animales inferiores en cuanto a la agresión (Renfrew, 2001).

Para los etólogos la agresión tiene la función de asegurar la vida social y la evolución de la especie (Moser, 1992). El estudio etológico más influyente en ésta línea fue el desarrollado por el alemán Konrad Lorenz (1972) quien en su obra *Sobre la agresión: el pretendido mal*, estableció una serie de paralelismos entre las conductas agresivas del hombre y las conductas de los animales inferiores (Hernández, 2009).

Lorenz (1972), abordó el estudio del comportamiento humano utilizando algunos métodos con los que estudiaba la conducta animal, ya que le interesaba saber por qué el hombre tenía una gran propensión a la agresión intraespecífica, es decir, la agresión dirigida hacia otros hombres; determinó que la respuesta se encontraba en que a diferencia de otras especies, el rápido desarrollo tecnológico ha superado la lenta evolución de las inhibiciones innatas contra la expresión de su instigación agresiva. Para este autor, en los animales existían cuatro instintos primarios: nutrición (hambre), apareamiento (sexualidad), huida (miedo) y agresividad.

De acuerdo a esta explicación teórica la agresión es considerada como la expresión de un instinto de combate que el hombre comparte con muchos otros organismos vivos. Este instinto, según este autor se desarrolla en el transcurso de la evolución debido a sus numerosas funciones de adaptación, aunque piensa que en el caso del hombre, el impulso agresivo se ha distorsionado en una conducta inadaptada.

En este enfoque se concibió a la agresión como la pulsión de lucha de los animales y de los seres humanos dirigida contra el congénere. Entonces la agresión no era la manifestación de una pulsión de muerte, sino un instinto innato, su objetivo no era la destrucción del congénere, sino un instinto



---

primitivamente conservador del individuo y de la especie como el de los animales en condiciones naturales.

Aunque las observaciones en que se fundamenta esta explicación se desarrollaron en animales, los etólogos extendieron las conclusiones a los humanos, y basados en los planteamientos originales de Lorenz, sostuvieron que en el caso de la especie humana, se ha dado una diferencia importante en el desarrollo de las inhibiciones innatas que tienen otras especies que actúan evitando que un organismo agrede a otro igual, por lo que en los humanos se encuentran conductas agresivas que van más allá de lo instintivo (Melero, 1993).

El interés de otros teóricos por el fenómeno de la agresión ha propiciado el surgimiento de otra teoría sobre el estudio de este problema, la cual se concentra en el análisis y explicación de la agresión a través de condiciones aversivas, a las que nombran teoría denominada de la frustración.

*Teoría de la Frustración.* La idea central de esta teoría fue que la agresión era una respuesta muy probable ante una situación frustrante, el castigo a la agresión, que frustra al niño, se relacionaba con mayor agresividad infantil; esta perspectiva no pudo explicar todas las conductas agresivas. La conjetura de Freud con respecto a que las frustraciones llevaban a un comportamiento agresivo fue convertida por Dollard et al. (1939) en la Teoría de frustración-agresión.

De acuerdo con Hanke y Huber (1979), en un principio esta teoría expuso que la agresión era consecuencia de una frustración, y la frustración era seguida siempre de una agresión. Aquí la frustración fue definida como interferencia en una acción dirigida hacia un determinado fin, la agresión por su parte fue un acto destinado a herir (también en sentido figurado) a otro organismo o a su sustituto, animado o inanimado (Battegay, 1981).

Para 1939, Dollard et al., pusieron en tela de juicio la validez de la afirmación según la cual la frustración era siempre seguida de agresión. Más tarde Sears y Miller (citados en Hanke y Huber, 1979), formularon la tesis fundamental de que la agresión es siempre consecuencia de una frustración, pero que la frustración podía ir seguida también de otras reacciones.

*Teoría del Aprendizaje Social.* La hipótesis fundamental de esta teoría consiste en que la exposición a modelos agresivos puede conducir a comportamientos agresivos por parte de los niños, teniendo en cuenta siempre que la exposición

---

a estos modelos no asegura automáticamente el aprendizaje por observación. Es así como la imitación es factor importante en la adquisición y mantenimiento de estilos agresivos de conducta.

Para que el aprendizaje de adquirir, retener, poseer y actuar agresivamente se exprese debe tener un valor funcional o ser aprobada de manera positiva por las circunstancias sociales, si en el futuro llegan a presentarse los móviles adecuados, los individuos lo pondrán en práctica.

Albert Bandura (1974), principal autor de esta teoría, afirmó que la agresión era la conducta que producía daños a la persona y destrucción de la propiedad. La lesión podía adoptar formas psicológicas de devaluación y de degradación lo mismo que de daño físico. De acuerdo a la teoría del aprendizaje social la conducta destructiva puede ser clasificada como agresiva o de otra manera, según juicios subjetivos de si fue intencional o accidental. El mismo acto será juzgado de modo diferente conforme a varios factores, entre ellos el sexo, la edad, el nivel socioeconómico y los antecedentes étnicos del atacante.

Desde este punto de vista, el comportamiento social es aprendido y, como tal, no necesariamente era producto de una frustración sino de la imitación de algún modelo previamente asimilado y puede controlarse en la medida en que el hombre es capaz de modificar su conducta social. La conducta agresiva varía con el ambiente social, los objetivos y el papel desempeñado por el agresor en potencia.

La teoría de los instintos y la teoría del aprendizaje coinciden en que el comportamiento agresivo es influido por el aprendizaje. Pero de acuerdo a la teoría planteada por Bandura (1974), la misma disposición a la conducta agresiva era el resultado de procesos de aprendizaje: ni existe una pulsión agresiva específica, ni existen estímulos específicos desencadenantes de la agresión.

El modelo del condicionamiento clásico explica cómo los estímulos pueden convertirse en reforzadores negativos de agresiones. Por su parte, el condicionamiento operante propone que los comportamientos agresivos se aprenden fácilmente, porque suelen llevar al éxito sin mayores esfuerzos. Cuando el condicionamiento operante y el aprendizaje mediante el modelo aumentan la posibilidad de aparición de una conducta agresiva, disminuyen las conductas alternativas y aumenta la probabilidad de reaccionar agresivamente en situaciones nuevas (Hanke y Huber, 1979).

---

Las determinantes de situación, las condiciones de refuerzo que prevalecen y las influencias cognoscitivas interactúan para determinar la conducta agresiva.

Bandura (1974), señaló que en la sociedad hay tres fuentes principales de conducta agresiva, estas influencias son: las familiares, las subculturales y las que proporcionan los medios de comunicación masiva.

Bandura y Walters (1963), observaron que los padres que refuerzan repetidamente con permitir y castigar la agresión hacen que los niños sean muy agresivos. Al ser reforzadas estas conductas, es congruente que se presenten dichas conductas cada vez más en los niños.

Hernández (2009), encontró que los padres de niños agresivos utilizaban con frecuencia como técnica de disciplina el castigo físico y verbal proporcionándoles a sus hijos un fuerte modelo agresivo. Estas conductas modelo fueron imitadas por los niños porque aprenden que es un medio para controlar las acciones de los demás y terminan realizando esas conductas con otras personas y en otros ambientes

Por su parte, Bandura y Walters (1963), descubrieron que si se recurre al castigo para controlar la agresión, el sujeto sencillamente dirigirá su agresión hacia otro blanco diferente. Si el castigo es muy aversivo no es de sorprenderse que el sujeto se vuelva más agresivo y tampoco es de sorprender que la agresión continúe a pesar de que cese el castigo. Así se puede esperar que los niños criados con demasiado rigor sean también muy agresivos. Por lo tanto, se debe evitar los estímulos aversivos y el castigo. Los niños que son castigados ven la conducta en un modelo adulto y posteriormente manifiestan ellos mismos agresividad.

Así mismo, encontraron que los niños que vieron recompensada su conducta agresiva fueron más agresivos, que aquellos que observaron constantemente el castigo por conductas agresivas. Debido a la variedad y complejidad de las influencias sociales, las personas no siempre son consistentes en su respuesta al comportamiento agresivo.

Puede ocurrir que un niño observe que sus padres le dan atención cuando realiza alguna conducta indeseable, a partir de ese momento él aprenderá a utilizar este comportamiento coercitivo para obtener lo que quiere.

---

*Teoría de la Coerción.* Patterson (1982), se enfocó en la interacción dentro de la familia, mencionando que los eventos que pueden llegar a ser etiquetados como agresivos son aquellos eventos aversivos que se presentan contingentemente a la conducta de otra persona.

Este autor enfatizó el proceso coercitivo o controlador como un patrón que explica y mantiene la conducta agresiva. Investigaciones realizadas por este autor en colaboración con otros interesados demostraron que niños que provienen de familias coercitivas, tienden a repetir a la edad de 30 años el mismo patrón educacional inadaptado de sus padres, en sus propios hijos.

Patterson (1982), consideró que las personas reaccionan dependiendo de las circunstancias y los lugares en los que se encuentran, además mencionó que existe y se mantiene un aprendizaje. Su hipótesis de la coerción explicó el desarrollo y mantenimiento de este proceso. Pacheco (2001), mencionó que existen conductas aversivas rudimentarias, que en un principio resultan adaptativas en un sentido evolutivo, pues a partir de esa conducta (por ejemplo, llorar) el niño moldea las respuestas de los padres para satisfacer las necesidades básicas implicadas en la sobrevivencia. Conforme el niño crece, sustituye las respuestas inicialmente coercitivas por otras respuestas sociales-verbales más adecuadas.

Sin embargo, ante fallos en las habilidades de los padres para tratar con estas nuevas respuestas, los niños podrían continuar empleando aversivas de control, es entonces donde el reforzamiento negativo ocupa un lugar importante en la adquisición de las conductas aversivas.

Hernández (2009), refiere que el comportamiento agresivo es uno de los problemas de conducta con mayor incidencia en los niños y que puede traer diversas consecuencias de alto riesgo tanto para los menores como para aquellos que los rodean. Al referirse al estudio del comportamiento agresivo del niño se tiene conocimiento de que este problema es multicausal, es decir, depende de diversos factores y también puede traer consigo graves repercusiones en etapas más avanzadas.

Sin embargo, ante fallos en las habilidades de los padres para tratar con estas nuevas respuestas, los niños podrían continuar empleando aversivas de control, es entonces donde el reforzamiento negativo ocupa un lugar importante en la adquisición de las conductas aversivas.

---

## 2.4. Trastornos relacionados con la Conducta Agresiva

El DSM-IV (Flores, 1996) y la CIE-10 (1992), ubican a la agresión (física, verbal y encubierta) o coerción dentro de diversos ejes, los cuales están compuestos por una gran variedad de trastornos patológicos, la agresión se encuentra dentro de los trastornos de menor control de conducta y constituye el trastorno de la conducta más claramente reconocible. De acuerdo al DSM-IV (Flores, 1996), se habla de agresión cuando la conducta problemática está presente durante mínimo los últimos seis meses.

El trastorno límite de la personalidad, el negativista/oposicionista desafiante (TOD), el disocial y el antisocial, entre otros, son claros ejemplos, que se refieren a patrones estables de comportamiento que aparecen repetidas ocasiones y violan los derechos de los demás. La falta de control de la agresividad o de sus impulsos constituye, en la mayor parte de estos trastornos, el motivo más importante de incapacitación y del mal funcionamiento de entre todos los signos y síntomas asociados al trastorno subyacente. La agresividad en general es frecuente en individuos cuyo diagnóstico indica algún trastorno mental.

El TOD es diagnosticado cuando se dan patrones de comportamiento como: pataletas y comportamientos desafiantes, impugnadores, negativistas, hostiles y deliberadamente molestos en la niñez intermedia, este trastorno es un patrón de rebeldía y desobediencia hacia las figuras de autoridad adultas. Los niños con este trastorno, constantemente discuten, pierden los estribos, arrebatan cosas, culpan a los demás, son iracundos y rencorosos, presentan terquedad persistente, renuncian a comprometerse, ceder o negociar con compañeros y adultos; y en general prueban los límites de paciencia de los adultos.

Algunos niños con TOD que pasan a un patrón repetitivo y persistente de actos agresivos y antisociales, como ausentarse de la escuela, provocar incendios, mentir de manera habitual, pelear, propiciar vandalismo, o incurrir en faltas como la violación, la prostitución y el uso de armas, se les denomina niños con trastorno de conducta (TC).

La asociación entre agresividad y trastornos mentales se ha observado con frecuencia en casos de trastorno de personalidad antisocial, retardo mental y trastornos psicóticos, específicamente esquizofrenia y trastornos psicóticos

---

secundarios a una causa médica (Páez, Licon, Fresà, Apiquian, Estrella, Gracia – Anaya, et al., 2002).

La Organización Mundial de la Salud (citada en CIE-10, 1992), comprende el comportamiento agresivo como la expresión del trastorno disocial, las conductas agresivas son consideradas como un trastorno del comportamiento.

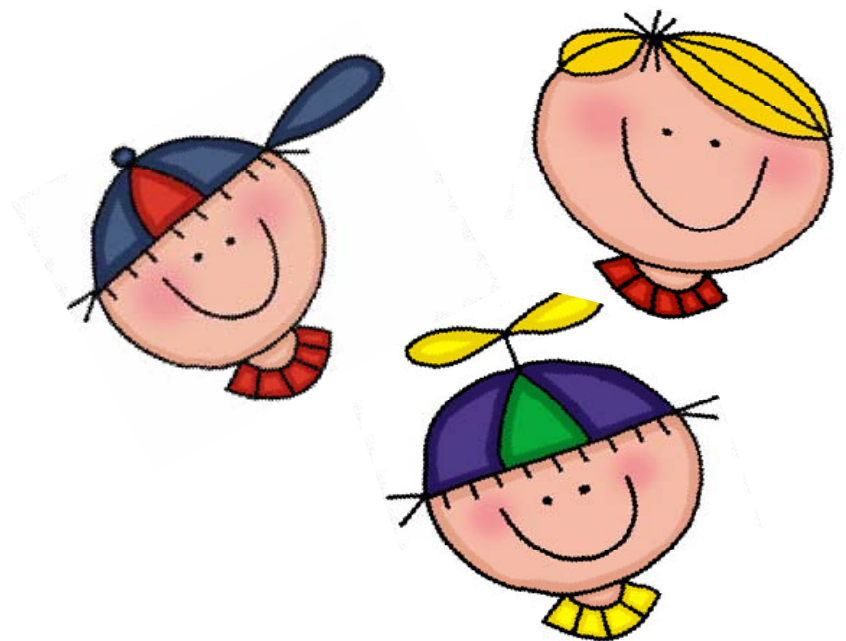
Baumann y Perrez (1996), mencionan que si se parte de la subdivisión que realizó el DSM-III-R entre conducta subcontrolada y conducta sobrecontrolada, se encuentran las agresiones y la delincuencia dentro del tipo subcontrolado en los trastornos de la conducta social. Los trastornos de conducta, como la agresión se solapan con los trastornos de atención, por la capacidad insuficientemente formada de realizar el descanso motor y la distensión. El riesgo de conductas agresivas y antisociales en el niño está relacionado con la presencia de disfunciones en el padre o la madre.

Se ha encontrado que la conducta agresiva y antisocial es estable en las generaciones familiares, se podría predecir la agresividad futura de un niño basándose en el nivel de agresividad del padre cuando tenía la misma edad. Un historial de conducta agresiva o antisocial en la familia pone al niño bajo riesgo ante estas conductas.



# MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN NIÑOS AGRESIVOS

## CAPÍTULO 3



---

## MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN NIÑOS AGRESIVOS

### Capítulo 3

Como se ha venido mencionando el problema de la agresividad infantil es uno de los trastornos que más invalidan a padres y maestros junto con la desobediencia. A menudo al enfrentarse con niños agresivos, manipuladores o rebeldes no se sabe de qué manera actuar con ellos o cómo se puede incidir en su conducta para llegar a cambiarla.

En este capítulo se describirán los modos de tratamientos y técnicas que los programas sobre modificación de conducta han demostrado que las conductas agresivas pueden ser modificadas, para mejorar el comportamiento agresivo en los niños en sus diferentes tipologías. Siendo esta una consecuente fundamental que repercute en los niños víctimas de abandono debido al tiempo de institucionalización en las casas cuna y a su egreso de estas, generando en ellos trastornos más graves de personalidad y del comportamiento tanto en la adolescencia como en la edad adulta, impidiendo así al sujeto integrarse socialmente a su medio una vez que se encuentra fuera del contexto de institucionalización.

De tal manera, que un buen pronóstico a tiempo mejora siempre una conducta anómala que habitualmente suele predecir otras patologías psicológicas en la edad adulta. Pues un comportamiento excesivamente agresivo en la infancia si no se trata procederá probablemente en fracaso escolar (característica observable también en los niños abandonados) y conducta antisocial en la adolescencia y edad adulta, porque principalmente son niños con dificultades para socializar o adaptarse a su propio ambiente (Pérez y Reyes, 2005).

El comportamiento agresivo complica las relaciones sociales que va estableciendo el niño a lo largo de su desarrollo y dificulta por tanto su correcta integración en cualquier ambiente. El objetivo por tanto a seguir es la socialización de la conducta agresiva, es decir, corregir el comportamiento agresivo “*principalmente en niños abandonados e institucionalizados*” para que derive hacia un estilo de comportamiento asertivo.



---

### 3.1. Objetivo de la Modificación de Conducta

La modificación de conducta tiene como objetivo promover el cambio a través de técnicas de intervención psicológicas para mejorar el comportamiento de las personas, de forma que desarrollen sus potencialidades y las oportunidades disponibles en su medio, optimicen su ambiente, y adopten actitudes, valoraciones y conductas útiles para adaptarse a lo que no puede cambiarse. El área de la modificación de conducta es el diseño y aplicación de métodos de intervención psicológicas que permitan el control de la conducta para producir el bienestar, la satisfacción y la competencia personal.

Bravo (2006), define la modificación de conducta como aquella orientación teórica y metodológica, dirigida a la intervención que, basándose en los conocimientos de la psicología experimental, considera que las conductas normales y anormales están regidas por los mismos principios, que trata de desarrollar estos principios y aplicarlos a explicar conductas específicas, y que utiliza procedimientos y técnicas que somete a evaluación objetiva y verificación empírica, para disminuir o eliminar conductas desadaptadas e instaurar o incrementar conductas adaptadas.

En este sentido, la modificación conductual es un enfoque de la evaluación, valoración y alteración de la conducta. El estudio se orienta al desarrollo de la conducta adaptativa prosocial y a la reducción de la conducta desadaptativa en la vida diaria. La modificación conductual es más que una serie de intervenciones para tratar o prevenir problemas, a menudo se emplea para aumentar una gama de conductas de la vida cotidiana. El estilo de vida saludable, la modificación de conductas infantiles a través de métodos no castigantes y la interacción positiva entre las personas son ejemplos de dichas aplicaciones.

#### Principales Orientaciones

Al respecto, Bravo (2006) plantea cuatro principales orientaciones:

*El Análisis Conductual Aplicado.* Se basa en la aplicación del análisis experimental de la conducta a los problemas de importancia social, aparece también bajo la denominación de análisis funcional de la conducta o enfoque operante. Las principales características de este enfoque son:

- 
- Se centra en las conductas observables directamente.
  - La conducta está controlada por el ambiente.
  - El objetivo de estudio es la conducta de organismo individual y el enfoque metodológico es el análisis experimental de la conducta.
  - Las técnicas basadas en este enfoque son las de condicionamiento operante.
  - El campo de aplicación de este enfoque es muy amplio pero se pueden destacar dos áreas preferentes: 1) el tratamiento de personas con capacidades cognitivas limitadas y 2) la modificación de ambientes sociales o institucionales.
  - El tratamiento debe evaluarse tanto a nivel experimental como clínico y social.

*Orientación basada en el Aprendizaje Social.* Esta orientación considera que la determinación del comportamiento depende de los estímulos ambientales, físicos y sociales, de procesos cognitivos y patrones de conducta del sujeto, que a su vez modifica su propio medio. Las características fundamentales de esta orientación son las siguientes:

- La regulación de la conducta depende de tres sistemas: 1) los estímulos externos que afectan a la conducta., 2) las consecuencias de la conducta y 3) los procesos cognitivos mediacionales.
- La influencia del medio sobre el sujeto está afectada por los procesos cognitivos que determinan la percepción o interpretación de aquél y/o variables del sujeto.
- El énfasis en el constructo de autoeficacia. Que se refiere a los juicios personales acerca de la propia capacidad para realizar la conducta necesaria para obtener un resultado deseado.
- El énfasis en la autorregulación y autocontrol.

- 
- En relación a las técnicas empleadas integra los métodos basados en el condicionamiento clásico y operante con el aprendizaje vicario y los métodos de autorregulación.

*Orientación Cognitivo – Conductual.* Esta orientación parte del supuesto de que la actividad cognitiva determina el comportamiento. Las principales características de esta orientación son las siguientes:

- El cambio conductual se haya mediado por las actividades cognitivas.
- La aceptación del determinismo recíproco entre el pensamiento, el ambiente y la conducta.
- La terapia está diseñada para ayudar al paciente a identificar, probar la realidad y corregir creencias disfuncionales.
- Las técnicas aplicadas en este enfoque son la reestructuración cognitiva, solución de problemas, entrenamiento autoinstruccional.

*Orientación Conductual Mediacional.* También denominada como enfoque E-R neoconductista o mediacional, por el énfasis que pone en las variables intermedias o constructos hipotéticos en la explicación de la conducta. Los rasgos principales de esta orientación son los siguientes:

- Se da una especial importancia a los constructos hipotéticos.
- Los procesos cognitivos tales como imágenes, la mediación verbal u otros semejantes se tienen en cuenta en la teoría y en la terapia.
- El campo de aplicación de este enfoque se centra especialmente en trastornos relacionados con la ansiedad, obsesiones, agorafobias, trastornos sexuales y otros trastornos.
- Las técnicas de tratamiento que se utilizan se basan en el condicionamiento clásico.

---

### 3.2. Descripción general de los Programas de Modificación Conductual (PMC)

Walter y Shea (2002), indican que los programas de modificación de conducta (PMC) son aquellos que están orientados tanto a la adquisición o al incremento de comportamientos adaptativos, así como a la extinción o disminución de aquellos que no lo son: entendiendo como comportamientos adaptativos aquellos que le van a permitir al niño integrarse a ciertos grupos sociales, ya sea en el ámbito educativo, social, afectivo o emocional.

Así, la meta de estos programas sobre el manejo de la conducta es la de proporcionar herramientas que permitan ayudar a las personas con problemas de conducta a que desarrollen la conducta y la clase de comportamiento que lo pueda ayudar a llevarse mejor en este mundo. Los programas incluyen tanto la estructura de los mismos, así como sus objetivos, primordialmente terminales, y las estrategias que han de seguirse para su logro y manejo de contingencias, modelamiento, ayudas, restricción de estímulos, etc. (Walter y Shea, 2002).

Siguiendo esta línea de pensamiento, para la realización de un programa bajo la orientación de modificación de conducta es necesario realizar un diagnóstico del niño tomando en cuenta dos aspectos importantes:

1. El estudio del comportamiento humano. Cuando se habla de este primer aspecto dentro de la realización del diagnóstico es importante tomar en cuenta lo siguiente:

El diagnóstico consta de dos partes, en la primera se observa al niño y se evalúan las siguientes áreas: conductas básicas, habilidades sociales y de adaptación, habilidades académicas y conductas problemáticas. Se elabora en base a la observación directa de la conducta. ¿Qué conducta ocurre, con qué frecuencia, con qué dimensiones cuantitativas y ante qué estímulos o situaciones ambientales? Su resultado no es una etiqueta, sino un conjunto de cuantificaciones de la conducta y de descripciones de las condiciones en que se observó esta. En la segunda parte es una entrevista con los padres que nos permite complementar la información obtenida en la primera parte, detectar problemas hogareños y hacer contacto con el medio social y cultural del individuo.

---

Cada una de estas etapas que se mencionan dentro de la evaluación conductual es importante, ya que cada una de ellas marcará la diferencia entre una intervención efectiva y una intervención sin resultados. Así el éxito no solo depende de las técnicas específicas empleadas, sino también de las formas en que se miden las conductas y evalúan los programas de intervención.

2. La aplicación de principios y relaciones funcionales que rigen la conducta: es decir, la propia intervención conductual.

La intervención conductual se puede definir como todas aquellas acciones (o inacciones consientes) en las que participan maestros y padres para ampliar las probabilidades de que los niños, en forma individual y en grupo, manifiesten comportamientos eficaces que les resulten satisfactorios en lo personal además de ser productivos y aceptables en términos sociales (Kazdin, 2000),

Desde esta perspectiva, Kazdin (2000), plantea que la aplicación de un programa de modificación conductual (PMC) no es tan solo el hecho de seguir una serie de instrucciones o técnicas que se proponen para la modificación de conductas adaptadas o desadaptadas en un individuo, sino que va más allá, ya que se tiene que elaborar antes que nada una evaluación conductual, en donde no solo nos proporciona los datos de las conductas observables sino que también nos puede ser de gran utilidad para la verificación de la efectividad del programa, utilizándose como comparación de las conductas del sujeto antes, durante y después de la intervención.

### **3.3. Técnicas de Modificación de Conducta.**

Existe una serie de técnicas de modificación de conducta que pueden ayudar a orientar o canalizar las conductas no deseadas que pueda presentar cualquier persona, las cuales se explican a continuación.

Para Kazdin (2000), las técnicas de modificación conductual se aplican para tratar problemas clínicos como ansiedad, depresión, agresión, drogadicción, maltrato infantil y conyugal entre otros; en una amplia variedad de personas y poblaciones, incluyendo niños, adolescentes y adultos en escenarios cotidianos como el hogar, la escuela y el lugar de trabajo, así como también en

---

poblaciones especiales como pacientes psiquiátricos prisioneros, residentes de acilos de ancianos y niños autistas.

River (1994), considera que las técnicas de modificación de conducta se pueden clasificar en tres grupos:

1. Técnicas para Implantar Conductas. Se utilizan las técnicas o técnica para implantar conductas cuando esta conducta no se encuentra en el repertorio del paciente. Las 5 técnicas más comúnmente aplicadas son las siguientes:

*Modelamiento:* Es el reforzamiento sistemático e inmediato de aproximaciones a la conducta blanco (conducta que se desea instaurar) hasta que esta aparezca en el repertorio de conductas, es decir se instale. Se debe especificar con precisión al paciente, la conducta seleccionada para el moldeamiento, seleccionar reforzadores potentes y utilizarlos cada vez que la conducta del paciente se aproxime a la deseada (River, 1994).

*Moldeamiento:* Es el aprendizaje mediante la observación e imitación, consiste en una herramienta en la que se utiliza un modelo que ejecute conductas verbales y motoras exactas que se esperan del paciente, mientras éste observa y escucha. Para el uso eficaz del modelamiento se deben seleccionar modelos competentes con estatus o prestigio, la complejidad de la conducta modelada debe ser apta para el nivel de comportamiento de la persona, utilizar refuerzos positivos luego de emitir la conducta esperada (River, 1994).

*Instigación:* Es una ayuda especial, manual, verbal o visual, que se le da a la persona durante la intervención para incrementar el éxito en la actividad. Las instigaciones pueden clasificarse en físicas, visuales o verbales. Las *instigaciones físicas* a su vez pueden ser totales o parciales. La instigación física total es el máximo grado de apoyo y ayuda, también conocido como asistencia u orientación manual o física. Las *instigaciones visuales* son indicadores visuales adicionales para producir una respuesta, surte efecto de instigador visual y produce en el paciente la respuesta esperada. Las *instigaciones verbales* son sugerencias auditivas adicionales como por ejemplo sonar los dedos para indicarle al paciente que se culminó el tratamiento realizado durante la cita en cuestión (River, 1994).

---

*Instrucciones Verbales:* Son normas o pautas específicas que indican a la persona el comportamiento correcto a producir, es decir que resultados y bajo qué circunstancias en particular. Las instrucciones verbales específicas aceleran el proceso de aprendizaje. Estas consisten en decirle a la persona exactamente lo que va hacer, en una situación donde pueda tener dificultades para ejecutar o recordar la ejecución. Las instrucciones deben de ser sencillas, cortas y deben contener palabras que sepamos que el paciente comprende y evitar términos técnicos o en tal caso aclararle muy bien el significado, para obtener la respuesta esperada (River, 1994).

*Sugerencias:* Existen dos clases de sugerencias, la *sugerencia directa* es una incitación para iniciar una serie de respuestas y es dirigida específicamente a una determinada persona, por ejemplo se le dice al paciente: “que te parece si colocamos anestesia para evitar que algo te pueda molestar”. La *sugerencia indirecta* es cuando se incita a otra persona diferente de aquel al que se desea enseñar, en este caso el operador delante del paciente al cual está planificando efectuarle una gastrectomía, él dice al asistente: “sabes el paciente anterior se portó excelentemente cuando le realicé la limpieza” (River, 1994).

2. Técnicas para Mantener o Incrementar Conductas. Estas técnicas se suelen emplear cuando se requiere hacer énfasis en mantener o incrementar una conducta seleccionada, denominada *conducta blanco*, se pueden manejar las siguientes técnicas:

*Reforzamiento:* Skinner (1974), define al reforzamiento como un incremento en la frecuencia de una respuesta cuando a esa respuesta le siguen ciertas consecuencias. La consecuencia que procede a la conducta debe ser contingente a la misma. Por lo que considera que toda conducta tiene consecuencias *positivas* y *negativas*. A las consecuencias se les llama *refuerzo*, el cual puede ser *positivo* o *negativo*, ambos tipos de eventos pueden utilizarse para incrementar la frecuencia de respuesta.

*Reforzamiento positivo:* se refiere al incremento en la frecuencia de una respuesta a la que procede un evento favorable (reforzador positivo). Se utilizan para incorporar una nueva conducta, aumentar una ya adquirida o eliminar una inadecuada incompatible (Skinner, 1974).

---

Kazdin (2000), menciona que existen dos categorías de reforzadores positivos: *primarios o incondicionados*, y *secundarios o condicionados*. Los eventos que actúan como reforzadores primarios adquieren su valor reforzante sin un entrenamiento especial; la comida y el agua son ejemplos de estos reforzadores. Los secundarios son eventos que adquieren su valor reforzante mediante el aprendizaje: como el elogio, calificaciones, dinero entre otros.

Para Skinner (1974), cuando se aparea un reforzador secundario con muchos otros reforzadores, se le denomina *reforzador condicionado generalizado*, éstos son muy efectivos para modificar las conductas debido a que han sido apareados con una variedad de eventos. Ejemplo el dinero. Es un reforzador condicionado porque adquirió su valor reforzante mediante el aprendizaje. Es un reforzador generalizado porque una variedad de eventos reforzantes contribuyen a su valor.

En los programas de modificación conductual, se emplean con frecuencia reforzadores generalizados en forma de fichas, que pueden ser monedas, estrellas, puntos o marcas de revisión. Las fichas actúan como reforzadores generalizados porque, pueden cambiarse por muchos otros eventos reforzantes conocidos como reforzadores sustituto (Kazdin, 2000).

Bianco (1998), señala que las formas de emplear el reforzamiento positivo son: 1) El reforzador debe presentarse inmediatamente después de la emisión de la conducta. 2) La magnitud del reforzamiento debe regularse para evitar la saciedad. 3) El tipo de reforzador se determina dependiendo del individuo a reforzar.

Estas recomendaciones son básicas para que tenga éxito un programa de reforzamiento positivo, esto implica analizar muy bien la situación a intervenir para determinar los reforzadores a utilizar, así mismo conocer los intereses del individuo atendiendo a sus diferencias individuales y contexto.

*Reforzamiento negativo*: es el aumento en la frecuencia de una conducta esperada a través de la suspensión de un evento aversivo inmediatamente después que se presenta la respuesta deseada. Los refuerzos negativos aumentan la conducta de huida o evitación. Este procedimiento no es muy recomendable, un ejemplo, lo representa el hecho de decirle al paciente que tiene unas manos feas y que se le van a deformar las uñas si sigue comiéndoselas (Skinner, 1974).



---

*Reforzamiento intermitente:* consiste en un programa de reforzamiento, donde se refuerza una conducta deseada en alguna de sus ocurrencias, no cada vez que se emita, es muy aconsejable este tipo de reforzamiento, ya que el sujeto no sabe cuándo va a ser reforzado y eso incrementa la presencia de la conducta en blanco (River, 1994).

*Contratos de Contingencia:* Es un contrato o acuerdo entre dos o más partes, que establecen las responsabilidades de cada una, en relación con un determinado objeto o actividad. Una de las características que debe tener un contrato de contingencia es que la recompensa debe darse de inmediato una vez cumplido este. Al principio del contrato deben otorgarse recompensas por aproximaciones a la conducta deseada, las recompensas deben ser frecuentes pero en pequeñas cantidades, el contrato debe exigir y recompensar logros, el contrato debe ser justo para ambas personas, los términos en que se establece deben ser claros, el contrato debe ser honesto y positivo. Las condiciones para poner en práctica un contrato de contingencia son: el contrato debe ser negociado y acordado libremente entre las partes, debe especificar la conducta deseada y la recompensa esperada, el reforzador debe proporcionarse según los términos del contrato (River, 1994).

*Economía de Fichas:* Es un programa de refuerzo sistemático donde se premia con fichas a los sujetos que presentan conductas deseadas, las fichas ganadas pueden cambiarse por alimentos, actividades o privilegios, el sistema de economía de fichas posee las siguientes ventajas: disminuye el número de reforzadores que se administran y las fichas entregadas inmediatamente después de la conducta esperada permiten llenar el espacio de tiempo entre la repuesta y la entrega del reforzador. Esta técnica se utiliza en niños y las fichas además de fichas plásticas pueden ser puntos, estrellas, caras sonrientes, tarjetas de puntuación, estampillas, dinero de juguete entre otros (River, 1994).

Al respecto, cabe destacar que en atención a la direccionalidad de la presente investigación la cual consiste en “disminuir conductas agresivas en niños víctimas de abandono”, se considera más visible el uso de este tipo de técnica, dado que facilita mayor interacción con el niño y los reforzadores pueden ser determinados a través de la interacción con los menores.

El sistema de economía de fichas, según Walter y Shea (2002), es un procedimiento dirigido a establecer un control estricto sobre un determinado ambiente (manejo de variables que influyan sobre una conducta), para así controlar la conducta de una persona o grupo. Es una técnica de condicionamiento operante (probabilidad de la ocurrencia de una conducta

---

dependiendo de su consecuencia) utilizada en modificación de conducta. En otras palabras es la posibilidad de establecer una conducta utilizando un estímulo o premio.

De acuerdo con estos autores, esta técnica consiste en establecer o reorganizar contingencias ambientales (relación entre conducta y consecuencia) mediante el control de estímulos reforzadores que existen en éste, utilizando un reforzador generalizado artificialmente establecido y cuya emisión se controla de forma completa. El reforzador debe tener una dimensión física: fichas, puntos, bonos.

Al respecto, River (1994), señala que la economía de fichas permite introducir una o varias conductas, alterar la frecuencia de emisión de conductas, controlar conductas de una sola persona o grupo. Las fichas son una forma de operar por medio de objetos, hasta que se cambiaran por reforzadores.

Para Walter y Shea (2002), los programas de economía de fichas son procedimientos dirigidos a establecer un control estricto sobre un determinado ambiente, para de esa forma controlar las conductas de una persona o de un grupo de personas. La utilización de un sistema de economía de fichas permite introducir una o varias conductas, alterar las frecuencias con que las conductas objetos de intervención se emiten o eliminar las conductas desadaptativas.

Los programas de economía de fichas aparecen con frecuencia en la vida cotidiana, aunque no estén explicitados como tal, por ejemplo, la maestra que da puntos a los alumnos que rinden bien para que los canjeen por un rato de recreo adicional.

Al respecto, Walter y Shea (2002), consideran que el empleo de la economía de fichas ha demostrado que es una intervención de modificación conductual eficaz. Las fichas por lo común carecen de valor para los niños cuando se les presentan inicialmente. Su importancia se vuelve evidente cuando aprenden que pueden intercambiarla por varios reforzadores como ganarse 10 minutos de tiempo libre, ver la televisión, comprar un juguete favorito, entre otros. Esta versatilidad hace que el sistema de fichas sea superior a muchas intervenciones. Así las fichas se convierten en reforzadores poderosos. Pueden concederse durante cierto periodo a cambio de un esfuerzo o trabajo aceptable.

---

El sistema permite que el maestro estructure el entorno del aprendizaje para el reforzamiento positivo y que dé retroalimentación inmediata a los niños por medio de las fichas. Por consiguiente, un intercambio de fichas moderadamente bien dirigido promueve el aprendizaje directo al margen del contenido de la actividad.

En cuanto a su aplicación la implementación de un programa de economía de fichas implica tres fases:

*A) Fase de muestreo o establecimiento de la ficha como reforzador generalizado.*

En esta fase ha de establecerse la ficha como refuerzo generalizado y remarcar el valor que tiene de intercambio. Si es preciso enseñara a las personas incluidas en el programa a dar valor a las fichas. Las explicaciones verbales pueden ser suficientes en algunos casos, pero cuando se trabaja con personas con déficit o limitaciones intelectuales se hace necesario proceder al muestreo de las fichas. Para ello pueden entregarse en diversas ocasiones fichas a los sujetos de forma gratuita, con independencia de su conducta, y cambiárselas inmediatamente por alguno de los reforzadores que han demostrado ser eficaces con algunos sujetos.

En los primeros momentos es necesario llevar a cabo estas estrategias de fichas gratuitas varias veces a fin de que se establezca el valor de la ficha como objeto de intercambio. Hay que recordar lo importante que es el que se cambien las fichas por distintos reforzadores eficaces con el sujeto y no sólo por uno. A la hora de cambiar las fichas por los refuerzos es interesante remarcar explícitamente el valor de intercambio de las fichas. En estos primeros momentos el cambio de fichas por los refuerzos ha de ser poco menos que inmediato. Estos periodos de muestreo de las fichas pueden hacerse constantes en el tiempo o bien desarrollarse sólo en determinados intervalos temporales.

*B) Fase de aplicación contingente de las fichas por las conductas deseadas.*

En esta fase se entregan las fichas de manera contingente a las conductas que se desee establecer o incrementar. Aunque no es necesario aclarar al sujeto por qué se le entrega la ficha, obviamente el especificarlo de antemano en la

---

mayoría de los casos facilita su efecto, así como el aclarar el valor de las fichas y el tipo de reforzadores que se pueden adquirir con ellas. Conviene que los niños tengan una copia de la lista de los reforzadores, con su valor en fichas, o puedan acceder a ellas fácilmente.

Las conductas particulares objetivo de la intervención han de especificarse de manera precisa y concreta, de forma que requieran el mínimo de interpretación tanto de la persona encargada de entregar la ficha como del que la va a recibir.

*C) Fase de desvanecimiento o finalización del control de las conductas por fichas.*

Dado que el objetivo de un programa de economía de fichas es facilitar la aparición y consolidación de determinadas conductas, una vez que éstas se han dado y están consolidadas, el paso siguiente debe consistir en poner esas conductas bajo el control de las condiciones habituales “normales” en que actúa el sujeto.

Las razones por las que debe retirarse el programa son: la economía de fichas es un sistema artificial, que supone un costo de tiempo, de recursos, etc., que no se asemeja a la vida cotidiana en la que hay pocos reforzadores no naturales y no directos. Además implica un control artificial de las conductas y puede interferir con la adquisición de la motivación intrínseca.

Todas las economías de fichas incluyen un programa de desvanecimiento del sistema a medida que se van produciendo mejorías en la conducta. Esto puede llevarse a cabo aumentando el tiempo entre las entregas de fichas, incrementando el criterio para la obtención de fichas, reduciendo el número de fichas ganadas por medio de las conductas objetivo, aumentando el número de fichas necesario para ganar los reforzadores de apoyo, o por alguna combinación de estos procedimientos.

Para Walter y Shea (2002), la economía de fichas se ha mostrado como una técnica eficaz y aplicable a un gran número de problemas y poblaciones. Su aplicación no está exenta de dificultades. En primer lugar, para que la economía de fichas funcione, es necesario que exista un estricto control sobre las conductas emitidas por los pacientes, las fichas entregadas, etc. Este control tan estricto supone el entrenamiento y la capacitación del personal a cargo del programa. La instrucción por sí sola no es, muchas veces, suficiente.

---

Hay que reforzar de alguna manera el desempeño adecuado de este personal, pues la implantación del programa supone para ellos un esfuerzo extra que no todos están dispuestos a desempeñar. En segundo lugar, la economía de fichas puede resultar un programa caro.

Otro problema son las restricciones legales y éticas con las que tropieza a veces el programa. Un problema muy obvio para aquellos que siguen un sistema de fichas fuera de una institución es la posibilidad de obtener los refuerzos de forma no contingente, a parte del programa.

Por último, es conveniente obtener la aprobación de pacientes, padres o tutores, personal y dirección de los centros en los que se aplique el programa y su colaboración activa.

Al respecto, Kazdin (2000), menciona que la economía de fichas se fundamenta en varios principios de aprendizaje, entre ellos: el refuerzo positivo, el principio del premio y el principio de latencia operante, considerando para su implementación el uso de reforzadores, los cuales son considerados como estímulos para condicionar el cambio de conducta esperado. Estos reforzadores materiales o sociales (un aplauso, un caramelo, un juguete, un abrazo, una caricia) son utilizados para modificar el comportamiento agresivo del niño, a medida que las conductas deseadas aumenten en número, se va espaciando el suministro de fichas, sustituyéndolas luego por refuerzos agradables para el niño.

De acuerdo con el autor citado, al emplear esta técnica de economía de fichas, es importante encontrar refuerzos eficaces y que sean de interés para el niño. Pues esta técnica se llama así, porque se utilizan fichas como refuerzos positivos para desarrollar conductas deseables.

Al respecto, River (1994), plantea cuatro categorías para organizar un inventario de reforzadores dirigido a niños: golosinas, juguetes, juegos de videos y películas de video; las cuales deben ser sometidas a consideración de los niños a fin de establecer el reforzador más oportuno que permita garantizar positivamente el cambio de conducta esperado.

En este orden de ideas, Kazdin (2000), considera que los sistemas de reforzamiento con fichas han probado ser eficaces en donde han fallado métodos comunes de reforzamiento social. Las fichas reforzadoras representan objetos tangibles o símbolos que logran un poder reforzante al ser cambiados por varios objetos como dulces o juguetes, que son los reforzadores de apoyo,

---

cuando se trata de niños, las fichas adquieren propiedades reforzantes generalizadas cuando se aparean con muchos reforzadores diferentes. El reforzador generalizado es especialmente útil porque es eficaz independientemente de la condición momentánea del organismo.

3. Técnicas para Reducir Conductas. Si lo que se pretende es reducir la frecuencia con la se presenta una conducta, se pueden emplear las técnicas siguientes:

*Extinción:* Es la discontinuación o eliminación del reforzador de una conducta que anteriormente se reforzaba. La manera más efectiva de erradicar una conducta reforzada anteriormente es ignorándola y para ello se debe ser constante y persistente. Por lo general en el inicio de la aplicación de esta técnica la persona se confunde por la ausencia del reforzador que antes obtenía y que por ende por lo general aumenta la conducta en blanco por un lapso breve y durante el transcurso del programa la conducta en cuestión disminuye hasta extinguirse (River, 1994).

*Saciedad:* Es la disminución o eliminación de una conducta inadecuada consecuente al reforzamiento continuo y aumentado de la misma conducta. Así por ejemplo, cuando una persona que es un paciente en una determinada consulta médica, en varias oportunidades pide permiso para ir al baño, o lo que interrumpe o demora la atención del médico, se le puede indicar que vaya durante cinco minutos al baño y no salga hasta tanto no termine de hacer lo debido y luego no volverá hasta concluir el tratamiento pautado en la cita (River, 1994).

*Castigo:* Consiste en suministrar un estímulo punitivo inmediatamente después de presentarse la conducta blanco, provocando que la frecuencia de esta disminuya. Es aplicar al sujeto un estímulo adversivo como consecuencia de una respuesta inaceptable. Es cualquier estímulo adverso o negativo cuando se elimina un estímulo placentero (River, 1994).

Al respecto, Kazdin (2000), considera que el castigo es la representación de un evento o retiro de un evento positivo contingente a la respuesta, que decrementa la probabilidad de la respuesta.

---

Por su parte, Bianco (1998), señala que el castigo es el procedimiento mediante el cual se logra el decremento en probabilidad de frecuencia de determinadas conductas, cuando a continuación de su emisión se presentan consecuencias desagradables. Este mismo autor plantea, que para que el castigo sea efectivo este debe ser: 1) Contingente, es decir debe ser administrado inmediatamente después de que la conducta inadecuada ocurre y cada vez que se presente. 2) Intenso, pero sin lesionar al organismo. 3) Debe evitarse la respuesta de escape. 4) Una vez implementado el castigo, debe reforzarse una conducta o respuesta alternativa. 5) Los periodos de aplicación del castigo deben ser cortos. 6) El castigo debe ser administrado con calma, sin violencia o agresión de ningún tipo. 7) El castigo nunca debe estar seguido de reforzadores.

Se puede concluir así, de este capítulo tal y como lo demostró una investigación realizada por Bravo (2006), en la cual su propósito estuvo dirigido a determinar el efecto de un programa de modificación conductual para el manejo de conductas agresivas en niños de educación inicial, en los cuales las conductas agresivas físicas más frecuentes eran: patear, golpear, empujar, arañar, destruir objetos ajenos, agresión con objetos, pellizcarse, tirarse al suelo; y las conductas verbales más frecuentes: insultos, amenazas, frases hostiles, rechazo, gritos y burlas. Demostró que la aplicación del programa de modificación de conductas y el uso de la técnica de economías de fichas en este, logro disminuir las conductas agresivas en estos niños.

De tal modo que, la intervención que se realizó en esta investigación se llevo a cabo bajo un enfoque cognitivo-conductual, con estrategias del mismo para la modificación de conducta en los participantes, donde las técnicas empleadas en el programa fueron principalmente el reforzamiento positivo (social y material), se empleo la economía de fichas, el uso de la relajación y respiración a través del juego, modelamiento y moldeamiento de conductas, uso de las auto-instrucciones y auto-control del enojo y la enseñanza de un comportamiento asertivo. Por ser estas y como se ha venido mencionando a lo largo del apartado por los diferentes autores, las que resultan ser las más eficaces en el tratamiento de la agresividad infantil.

---

### 3.4. Eficacia de los Programas de Modificación de Conducta en niños agresivos

Miranda y Presentación (2000), analizan los efectos de dos programas de intervención cognitiva-conductual, uno es una adaptación del programa de autocontrol “Párate y Piensa” de Kendall et al. 1980, y la combinación de este programa con uno de técnicas de control de la ira. Los niños fueron agrupados en 4 grupos de tratamiento: 1) grupo de TDAH, que recibían tratamiento cognitivo- conductual de auto-control, 2) grupo de TDAH, que recibían el mismo tratamiento más el de entrenamiento de manejo de la ira (combinado), 3) grupo de TDAH más conductas agresivas, que recibían tratamiento cognitivo-conductual de auto-control y 4) grupo de TDAH más conductas agresivas, que recibía el tratamiento combinado.

Se presuponía, que ambos programas donde se utilizan técnicas auto-instruccionales, modelamiento, role-playing y técnicas conductuales de manejo de contingencias deberían contribuir a rectificar las deficiencias de autorregulación que presentan los niños con TDAH. Ambas intervenciones produjeron mejoras considerables tanto en los síntomas básicos como en problemas escolares asociados y en conductas antisociales. En el caso del grupo de niños con TDAH más conductas agresivas, se mostraba una mayor eficacia en la reducción de comportamientos antisociales y un mejor ajuste social, con el tratamiento combinado, cuando se incluye el entrenamiento en el manejo de la ira.

De esta forma, se han llegado a observar coincidencias entre una y otra investigación, de que son las estrategias cognitivo-conductuales, las más eficaces para reducir la agresividad infantil. Más concretamente y de acuerdo con la mayoría de los estudios realizados con población anglosajona, las técnicas cognitivo-conductuales más eficaces son la solución de problemas y el auto-control en el caso de los niños agresivos Kazdin, Siegel y Bass 1992 (citados en Fajardo y Hernández, 2008).

Dentro de los objetivos del tratamiento psicológico, uno de los principales es aumentar la capacidad de autocontrol en el manejo de la rabia. Hinshaw & Erhardt 1991 (citado en Nicolau y García, 2002), proponen: entrenar al niño en reconocer las señales internas y externas que desencadenan la rabia, desarrollar estrategias cognitivas y comportamentales para su manejo y entrenar al niño a registrar qué situaciones reales con los compañeros le generan rabia para analizar qué actuaciones puede tener.



---

Como técnicas cognitivo-conductuales del control de la rabia generalmente se utiliza la relajación y la técnica de la tortuga propuesta por Calderón (2001), además de la técnica de resolución de problemas. Por tanto, debe de entrenarse al niño o adolescente a identificar las emociones que le invaden y le inducen a comportarse de ese modo, y en buscar de forma conjunta terapeuta-niño estrategias que le faciliten PARAR antes de ACTUAR. Asimismo, debe tenerse en cuenta que el entrenamiento en auto-control es una parte del tratamiento multimodal que requiere el trastorno y que el tratamiento que ha demostrado mayor eficacia es la aplicación de todo el paquete terapéutico.

Actualmente se dispone de un considerable número de investigaciones que indican que los programas de tratamiento cognitivo-conductual son eficaces en el abordaje del TDAH y la agresividad infantil. Los antecedentes de este tipo de intervención vienen de la mano de Maichenbaum y Goodman (1981,) con la introducción de la técnica de auto-instrucciones. De igual manera, numerosas investigaciones señalan las auto-instrucciones como elemento principal de la terapia cognitivo-conductual.

Lo anterior se pudo comprobar con Kavale, Mathur, Forness, Rutherford & Quinn (1997), en un meta-análisis realizado sobre los programas de entrenamiento en habilidades sociales, en los cuales se constataron mejoras en la resolución de problemas, la competencia social y la relación interpersonal en un 58% del total de la muestra estudiada.

De igual manera, en otro estudio, llevado a cabo con 37 niños con TDAH que recibieron entrenamiento en habilidades sociales, Pfiffner y McBurnett (1997), concluyeron que los niños mejoraron sus conocimientos sobre las habilidades sociales y disminuyeron las conductas inadecuadas.

En este sentido, Calderón (2001), menciona que los procedimientos cognitivo-conductuales se han dirigido primordialmente a dos áreas de intervención: la primera, a los déficits en la atención sostenida, al control de la impulsividad y a la mejora en el rendimiento académico y las habilidades sociales; y la segunda, a reducir la actividad excesiva, las conductas oposicionistas-desafiantes y las conductas agresivas.

Igualmente Frankel, Myatt, Cantwell & Feinberg (1997), indican que en general estos programas persiguen el objetivo de conseguir que el niño sea capaz de alcanzar por sí mismo una total *autonomía en la regulación de su comportamiento* (autocontrol, adaptación a las normas sociales, etc.), una

---

*autonomía física* (hábitos de la vida diaria, orden, colaboración, etc.), una *autonomía cognitiva* (mejorar la capacidad para separar la información relevante de la irrelevante, autoevaluación de su rendimiento o conducta, autocorrección, selección de las estrategias de actuación más adecuadas para la situación concreta, etc.) y una *autonomía emocional* (independencia de los adultos, mejora de su autoestima y relaciones interpersonales satisfactorias).

Los estudios que se han venido realizando durante las décadas de los ochenta y noventa, han puesto de manifiesto que la aplicación de este tipo de intervenciones, como única estrategia terapéutica, no siempre genera unos resultados tan esperanzadores como se creía, ni produce una mejoría significativa en áreas importantes en el funcionamiento infantil (Hinshaw y Erhardt, 1991). Sin embargo, en una revisión de 36 estudios realizada por Baer y Nietzel (1991), se encontró que los grupos que recibieron tratamiento cognitivo-conductual mejoraron su conducta y su rendimiento escolar respecto al grupo placebo.

De este modo, el enfoque conductual combina el refuerzo positivo contingente y el coste de respuesta. Así, entre las técnicas cognitivas destacan la auto-instrucción, el modelamiento, la auto-evaluación, el auto-refuerzo, la resolución de problemas, etc. Pues, el objetivo de todas ellas es mejorar la capacidad de los niños para procesar la información, mejorar sus habilidades para resolver los problemas, e incrementar su auto-control a fin de adecuar su conducta a las demandas del ambiente (Kadzdin, Siege y Bass 1992).

Por último, es importante mencionar que para abordar los problemas conductuales en niños con TDAH, así como en niños agresivos se ha subrayado la necesidad de introducir en los programas de entrenamiento en auto-control, además de auto-instrucción, auto-refuerzo y resolución de problemas, procedimientos de modificación de conducta como el refuerzo positivo y costo de respuesta (Miranda y Presentación, 2000).

De acuerdo con este planteamiento Kendall, Padaver y Zupan1980 (citados en Miranda y Presentación, 2000), elaboraron un programa cognitivo-conductual dirigido a niños en edad escolar, conocido como “Párate y Piensa”, que en su estructura integra un entrenamiento sistemático de todas estas técnicas. La eficacia del programa y su superioridad respecto a la terapia psicodinámica en el tratamiento de niños con trastornos externalizantes está avalada por estudios llevados a cabo por Kendall y colaboradores.

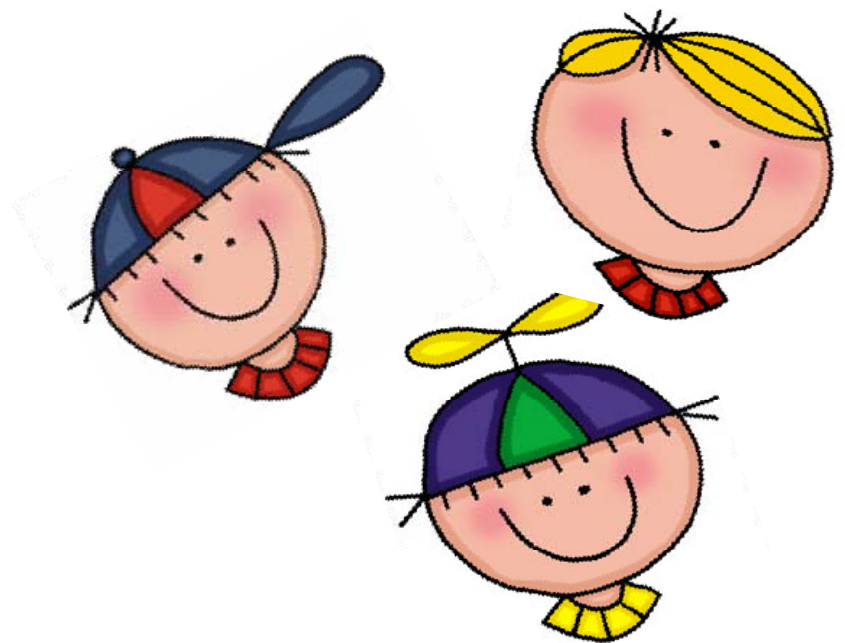
---

Por otra parte, Hinshaw y Erhardt 1991 (citados en Miranda y Presentación, 2000), han demostrado que los procedimientos de control de la ira y la autoevaluación reforzada, cuando se combinan con aproximaciones conductuales y farmacológicas, desempeñan también un importante papel en el tratamiento de las dificultades sociales y de los problemas de comportamiento de los niños con TDAH.

En concreto el trabajo de estos autores puso de manifiesto que, mediante la técnica de control de la ira, niños con hiperactividad y manifestaciones de agresividad pudieron aprender habilidades relacionadas con la identificación de sentimientos de ira, a enfrentarse con la frustración y a solucionar las situaciones conflictivas que les provocaban malestar.



# METODOLOGIA



---

## *METODOLOGÍA*

### **Pregunta de investigación.**

¿En que medida influye un Programa de estrategias Cognitivo-Conductuales en la disminución de conductas agresivas en una muestra de niños abandonados e institucionalizados?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Disminuir Conductas Agresivas en niños abandonados e institucionalizados.

### **Objetivos Específicos:**

- Elaborar un Programa de estrategias Cognitivo-Conductuales para disminuir conductas agresivas.
- Elaborar un cuestionario denominado “Evaluación de conductas agresivas”, basado en tres áreas del desarrollo: 1) Cognitiva, 2) Emocional y 3) Conductual.
- Elaborar un Catálogo de Conductas Agresivas con categorías mutuamente excluyentes y exhaustivas.
- Identificar las conductas agresivas predominantes en cada menor.
- Implementar el Programa de estrategias Cognitivo-Conductuales para disminuir conductas agresivas.
- Seguimiento de los conocimientos adquiridos y ejecución de conductas agresivas en relación a la implementación del Programa de estrategias Cognitivo-Conductuales.

---

## VARIABLES

**Variable Independiente:** Programa de estrategias Cognitivo – Conductuales.

- **Definición conceptual:** Los Programas de modificación de conducta tienen como objetivo promover el cambio a través de técnicas de intervención psicológicas para mejorar el comportamiento de las personas, de forma que desarrollen sus potencialidades y las oportunidades disponibles en su medio, optimicen su ambiente, y adopten actitudes, valoraciones y conductas útiles para adaptarse a lo que no puede cambiarse (Bravo, 2006).
- **Definición operacional:** El contenido de las sesiones del programa de estrategias cognitivo – conductuales conformado por 9 sesiones, se basa en fomentar el auto-control, las auto-instrucciones, la resolución de problemas y el uso de las habilidades sociales. Se persigue en primer lugar, que los menores reconozcan sus emociones (miedo, tristeza, alegría y enojo) e identifiquen los síntomas que estas les producen, y que por tanto, le invaden y le inducen a comportarse agresivamente. Así mismo, se persigue que los menores reconozcan en sí mismos su comportamiento agresivo y se les enseñan al mismo tiempo que se les entrena en estrategias cognitivo-conductuales, haciendo uso de la combinación del programa cognitivo-conductual de auto-control “Párate y Piensa” de Kendall y cols. (1980) y el de “Auto-control de la ira” de Hugues (1988), para que tengan herramientas para afrontar este tipo de situaciones. Además, se hace uso del refuerzo positivo (material y social), sistema de economía de fichas, el modelaje, así como el procedimiento auto-instruccional siguiendo la pauta propuesta por Kendall y cols. (1980).

**Variable Dependiente:** Conducta Agresiva.

- **Definición conceptual:** Conducta agresiva, considerada como conducta manifiesta en el niño, la cual implica destrucción, así como daño físico a otros, a él mismo o a propiedades. Además incluye agresión física, amenazas verbales, arrebatos explosivos de destrucción de propiedad y auto-daño en el contexto de frustración o estimulación aversiva (Fajardo y Hernández, 2008).

- 
- **Definición operacional:** Acciones como insultar, golpear, molestar, discutir, etc., las cuales se asocian con las conductas agresivas especificadas y descritas en el catálogo de conductas agresivas elaborado en la primera fase de la investigación.


**Hipótesis de Investigación:** Si se aplica el Programa de estrategias Cognitivo – Conductuales entonces disminuirá la conducta agresiva.

## MÉTODO.

### Participantes.

Los participantes fueron seleccionados de manera intencional, ya que previamente habían sido identificados por la psicóloga y la educadora como niños agresivos. La muestra estuvo conformada por seis menores de sexo masculino pertenecientes a la sala de Escolares I, con edades entre los 6 y 7 años de edad quienes se encontraban cursando el 1º y 2º grado de primaria.

Las características de los menores e historia de vida son similares, carecen de familia y cuentan con un periodo de cinco y siete años de institucionalización en la casa cuna, para conocer las características específicas de cada participante ver (Tabla 1).

|  | Edad del niño   | Fecha de nacimiento   | Fecha de ingreso  | Años de institucionalización | Diagnóstico    | Medicamento |
|---|-----------------|-----------------------|-------------------|------------------------------|----------------|-------------|
| Participante 1  | 8 años 3 meses  | 29 de Noviembre 2002  | Diciembre de 2002 | 8 años                       | Hiperactividad | Ritalin     |
| Participante 2  | 8 años 7 meses  | 31 de Julio 2002      | Octubre de 2005   | 5 años                       |                |             |
| Participante 3  | 8 años 11 meses | 6 de Marzo 2002       | Agosto de 2005    | 5 años                       | Depresión      | Focalin     |
| Participante 4  | 7 años 11 meses | 31 de Marzo 2003      | Abril de 2004     | 6 años                       | Hiperactividad | Ritalin     |
| Participante 5  | 8 años 8 meses  | 19 de Junio 2002      | Agosto de 2005    | 5 años                       | TDAH           | Ritalin     |
| Participante 6  | 8 años 5 meses  | 27 de Septiembre 2002 | Noviembre de 2002 | 8 años                       |                |             |

**Tabla 1.** Descripción de las características de los participantes.

Los datos que permitieron identificar a cada uno de los participantes como agresivos, se obtuvieron a través de cuatro vías de información: 1) El expediente clínico de cada menor (en el cual se encuentra información a la cual únicamente accede el área de psicología, donde se incluyen datos personales del niño, motivo de ingreso, resultado de las valoraciones psicológicas que le son realizadas cada seis meses, diagnóstico por parte del psiquiátrico infantil si el menor cuenta con él, asimismo información de los medicamentos en caso de ser administrados y notas de observación de conductas que le son realizadas por semana); 2) Lo reportado por las Educadoras (en este sentido se hizo entrega del catálogo de conductas agresivas a cada una de las educadoras encargada de los menores, se le pidió leerlo y que marcara en la categoría conductual correspondiente, las conductas agresivas que observaba en cada uno de los participantes); 3) lo observado por la Psicóloga (al igual que la educadora la Psicóloga en base al catálogo de conductas agresivas registro las conductas observadas en cada uno de los participantes); y 4) el Auto-reporte realizado por parte de los niños (en el cual la Psicóloga le mencionaba de manera individual a los participantes las conductas agresivas contenidas en el catálogo conductual, y pedía al menor indicara cuál de esas conductas realizaba, pidiéndole al mismo tiempo



---

ejemplos de tales conductas para poderlas marcar en la categoría correspondiente), todo lo anterior basándose en el “Catalogo de Conductas Agresivas”.

A continuación se presentan las conductas agresivas características del comportamiento agresivo de cada uno de los participantes, y que por lo tanto se pretenden disminuir con la implementación del Programa de estrategias Cognitivo – Conductuales.



### Participante 1.

Del participante 1 se llegó a la conclusión que las conductas características de su comportamiento agresivo fueron: los insultos, molestar, pleitos, discusiones y accesos de cólera, pero la conducta predominante y en la cual coincidieron tanto la educadora, como la psicóloga, el expediente clínico y lo reportado del niño fueron los actos de desobediencia, para observar el perfil agresivo del participante 1 ver **(Apéndice 1)**.



### Participante 2.

Lo que respecta al participante 2 se concluye que las conductas predominantes de su comportamiento agresivo fueron: insultos, golpes y discusiones, pero la conducta en la cual coincidieron tanto la educadora, como la psicóloga, el expediente clínico y lo reportado por el niño fueron los actos de desobediencia, para conocer el perfil agresivo del participante 2 ver **(Apéndice 1)**.



### Participante 3.

Las conductas características del comportamiento agresivo en el participante 3 fueron: los insultos y los golpes, pero la conducta predominante que reportaron tanto la educadora, la psicóloga, el expediente clínico y lo reportado por el niño fueron los actos de desobediencia, para revisar perfil agresivo del participante 3 ver **(Apéndice 1)**.



#### Participante 4.

Del participante 4 las conductas agresivas predominantes en la cuales coincidieron tanto educadoras, como la psicóloga, el expediente clínico y lo reportado por el niño fueron: los insultos, accesos de cólera y actos de desobediencia, para conocer el perfil agresivo del participante 4 ver **(Apéndice 1)**.



#### Participante 5.

De acuerdo con lo obtenido de la educadora, la psicóloga, el expediente clínico y lo reportado por el participante 5, la conducta predominante de su comportamiento agresivo fueron los actos de desobediencia, para observar perfil agresivo del participante 5 ver **(Apéndice 1)**.



#### Participante 6.

En lo referente al participante 6 las conductas características de su comportamiento agresivo y en la cuales hubo coincidencia tanto por parte de la educadora, como la psicóloga, lo reportado por el niño y su expediente clínico fueron: los insultos, golpes, discusiones, accesos de cólera y los actos de desobediencia, para observar el perfil agresivo del participante 6 ver **(Apéndice 1)**.

#### Instrumentos.

Se elaboró un cuestionario denominado *“Conocimiento y expresión de Conductas Agresivas”*. El instrumento se hizo en base a tres áreas del desarrollo: 1) Cognitiva, 2) Emocional y 3) Conductual, las cuales dieron pauta a cuatro preguntas de respuesta abierta, dos para el área cognitiva, una para el área emocional y una para el área conductual, en función de la emoción de enojo por ser considerada como anticipatoria a la ejecución de conductas agresivas. Las tres categorías analíticas permiten evaluar si el niño tiene conocimiento de la emoción de enojo, logra identificar los síntomas que esta le produce y las conductas que puede ejecutar, para revisar el cuestionario ver **(Apéndice 2)**.

---

*“Catálogo de Conductas Agresivas”*. Se utilizó un instrumento elaborado para la observación de las Conductas Agresivas de los escolares el cual consta de 8 categorías mutuamente excluyentes y exhaustivas ver **(Apéndice 4)**.

### **Lugar de Aplicación.**

Dentro de las instalaciones del Centro Nacional: Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Coyoacán, se seleccionó una de las aulas asignadas para la realización de tareas escolares donde se impartió la aplicación del Programa.

**Diseño experimental A B A:** se hizo uso del diseño A B A, el cual presenta una secuencia en la que se elabora una línea base (A), se aplica un tratamiento (B), y finalmente se retira el tratamiento volviendo a la línea base (A). De tal manera que el organismo sirva como su propio control (Becerra, García, Sánchez y Santiago, 2005).

### **Materiales.**

- Catálogo de Conductas Agresivas ver **(Apéndice 4)**.
- Cuestionario de evaluación de Conductas Agresivas ver **(Apéndice 2)**.
- Hoja de Registro Conductual ver **(Apéndice 3)**.
- Programa para disminuir Conductas Agresivas dirigido a víctimas de Abandono Infantil ver **(Apéndice 5)**.

### **Procedimiento.**

En función al diseño A B A con el cual se realizó la investigación el procedimiento a seguir fue el siguiente:

---

## Fase A

En esta primera fase de evaluación, se aplicó de manera individual el cuestionario de “*Conocimiento y expresión de conductas agresivas*” a los participantes, en un lapso de cuatro sesiones lo cual permitió identificar los conocimientos en relación a la emoción de enojo y a la ejecución de las conductas agresivas en los niños previas a la implementación del programa.

## Fase B

Durante esta segunda fase, de acuerdo con el diseño que se llevó a cabo la investigación corresponde a la intervención del programa.

De acuerdo con lo que plantea la modificación de conducta y tomando como punto de partida la literatura sobre las consecuencias que trae consigo el abandono infantil y la institucionalización en el deterioro de estos niños, se elaboró un “*Programa para Disminuir Conductas Agresivas dirigido a Víctimas de Abandono Infantil*”. El cual combinó el programa cognitivo-conductual de autocontrol “*Párate y Piensa*” de Kendall y cols. (1980) con un entrenamiento en el control de la ira adaptado de Hugues (1988), en la intervención de una muestra de 6 niños agresivos, abandonados e institucionalizados pertenecientes al DIF Casa Cuna Coyoacán.

El contenido de las sesiones se basa en fomentar el autocontrol, las auto-instrucciones, la resolución de problemas y el uso de las habilidades sociales. Se persigue en primer lugar, que los menores reconozcan sus emociones (miedo, tristeza, alegría y enojo) e identifiquen los síntomas que estas les producen, y que por tanto, le invaden y le inducen a comportarse agresivamente. En las sesiones posteriores, se persigue que los menores reconozcan en sí mismos su comportamiento agresivo y se les enseñan, al mismo tiempo que se les entrena en estrategias cognitivo-conductuales, haciendo uso de la combinación del programa cognitivo-conductual de autocontrol “*Párate y Piensa*” de Kendall y cols. (1980) y el de “*Autocontrol de la ira*” de Hugues (1988), para que tengan herramientas para afrontar este tipo de situaciones.

Además, se hace uso del refuerzo positivo (material y social), sistema de economía de fichas, el modelaje, así como el procedimiento auto-instruccional siguiendo la pauta propuesta por Kendall y cols. (1980).

---

## Descripción general del programa

El “*Programa para disminuir Conductas Agresivas dirigido a víctimas de Abandono Infantil*”, constó de nueve sesiones, aplicando dos sesiones por semana con un tiempo de 45 minutos a hora y media de duración aproximadamente. La aplicación del programa, se llevó a cabo en un horario matutino y antes de que los menores entraran a realizar sus tareas para no interferir en el horario de sus actividades escolares. La intervención fue llevada a cabo por la Psicóloga quien dirigió la presente investigación y elaboró el programa, por lo que contaba con el conocimiento necesario para su aplicación.

El programa se dividió de la siguiente manera:

**Etapa 1.** Correspondiente a las cuatro primeras sesiones: (nº 1. “Las Emociones”, nº 2. “El Niño Gruñón”, nº 3. “Conductas Agresivas” y nº 4. “El Niño Bravucón y El Niño Grosero”), la cuales se enfocaron al reconocimiento de las emociones (miedo, tristeza, alegría y enojo), haciendo un mayor énfasis en esta última, por ser la emoción anticipativa y por tanto generadora del comportamiento agresivo.

Asimismo, se dieron a conocer las características de la conducta agresiva y se ejemplificaron los dos tipos de agresividad (física y verbal), persiguiendo el mismo objetivo, de que los menores reconocieran las manifestaciones que estas producen en el cuerpo y se concientizarán de su comportamiento agresivo, y cuál de esas conductas físicas o verbales realizaban con más frecuencia.

**Etapa 2.** Correspondiente a las sesiones: (nº 5. “El Niño Asertivo”, nº 6. “Aprendiendo a Respirar” y nº 7. “Aprendiendo a Relajarnos”). El objetivo que se persiguió durante estas sesiones fue dar a conocer a los menores que existen formas alternativas para no comportarse agresivamente, siendo una de estas el comportamiento Asertivo, al mismo tiempo se hizo uso de la técnica de modelamiento y auto-instrucciones para enseñarles a enfrentar las situaciones generadoras de enojo y que por lo tanto, los llevan a manifestar un comportamiento agresivo frente a los demás. De igual manera, se les entreno en técnicas de Respiración, Relajación Muscular Progresiva y la combinación de ambas, por medio del juego.

---

**Etapa 3.** Correspondiente a la última sesión: (nº 9. “Párate y Piensa”). A modo de repaso de todas las sesiones del programa, se aplicó, una adaptación del programa de autocontrol «Párate y Piensa» de Kendall, Padever y Zupan (1980), que incluye técnicas cognitivas y conductuales (auto-instrucciones, modelado y contingencias) que se aplican a la solución de distintos problemas. El objetivo principal del programa es mejorar la concentración y la reflexividad. Para lograrlo pretende potenciar en el niño agresivo la habilidad para desarrollar un pensamiento secuencial, entrenando a los niños en el uso de auto-instrucciones verbales que serán utilizadas para descomponer el proceso de solución de problemas en 5 estadios: (1) Definición del problema. “*¿Qué tengo que hacer?*”; (2) Aproximación al problema. “*Tengo que pensar todas las posibilidades*”; (3) Focalización de la atención. “*Tengo que concentrarme y pensar sólo en esto*”; (4) Elección de la respuesta. “*Después de considerar todas las posibilidades, creo que es ésta*”; y (5) Autoevaluación y auto-refuerzo o rectificación de errores. “*He hecho un buen trabajo*” o “*He cometido un error. Tengo que ir más despacio y concentrarme más en mi trabajo*” (Miranda y Presentación, 2000).

El objetivo de esta última sesión consistió en enseñar a los menores estas auto-instrucciones para que el niño las aplique posteriormente a múltiples situaciones, desde tareas sencillas e impersonales, hasta tareas interpersonales de situaciones de la vida real. De este modo, para la enseñanza de las auto-instrucciones, se utilizó como técnica básica el modelado (de la Psicóloga y los menores).

En esta misma sesión, el programa “Párate y Piensa” se combinó con el entrenamiento en control de la ira (Hugues, 1988) que centra su acción sobre la conducta agresiva de los niños. En concreto, desde una perspectiva también cognitivo – comportamental, suma a los objetivos ya mencionados de Kendall y cols. (1980) el intento de proporcionar a los sujetos medios para que puedan controlar la ira por sí mismos. Parte del hecho de que los niños agresivos tienen un problema adicional a la hora de enfrentarse ante situaciones sociales.

Su agresividad les impide analizar adecuadamente las situaciones y les lleva a responder inmediatamente con conductas violentas y agresivas. Por ello resulta necesario enseñarles a dominar esa ira inicial para poder posteriormente hacer un análisis auto-instruccional de la situación problemática que les lleve a una situación positiva (Miranda y Presentación, 2000).

Asimismo, tal y como se realizó en las primeras cinco sesiones del Programa para disminuir Conductas Agresivas dirigido a víctimas de Abandono Infantil,

---

Hugues (1988), en el entrenamiento del control de la ira focalizó el contenido de sus sesiones, en primer lugar; en el dialogo sobre la ira y la agresividad, al tiempo que enseño a valorar la intensidad de la ira y a detectar las manifestaciones que esta provoca. Manifestaciones calificadas por el autor de señales amigas porque nos avisan que vamos a perder el control. Pueden ser de tres tipos: fisiológicas (sudoración, taquicardias, etc.), conductuales (cerrar los puños, patadas, etc.) y emocionales (pensamientos negativos contra el otro o contra nosotros mismos) (Miranda y Presentación, 2000).

En síntesis, la modalidad de intervención del Programa para disminuir Conductas Agresivas dirigido a víctimas de Abandono Infantil, se combinó con el objetivo de la Técnica de Control de la Ira, el cual consiste en enseñar a los niños a detectar su ira antes de estallar. También les ayuda a conocer las situaciones que les desencadenan conductas de ira, y lo que es más importante, a controlarla. Para lo cual, el niño desarrolla una secuencia que comprende: detección del pensamiento (stop), utilización de auto-instrucciones de entrenamiento (tranquilo no pasa nada, etc.) y aplicación de la relajación completa o parcial según la situación. Por último, el niño aplica técnicas de solución de problemas interpersonales tal y como son desarrolladas en el programa “Párate y Piensa” (Miranda y Presentación, 2000).

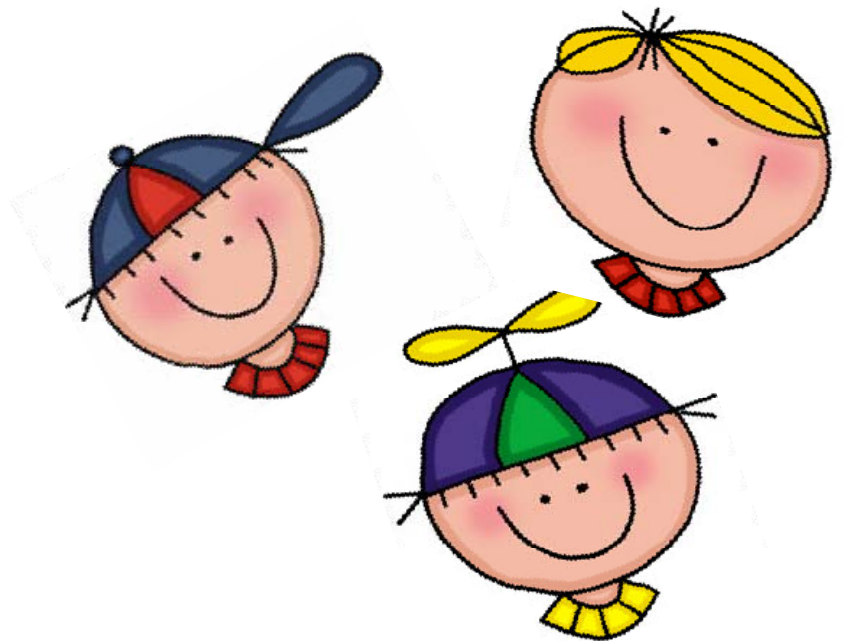
De esta manera, y con el fin de incrementar la motivación de los niños en las tareas (auto-registro de sus conductas diariamente), la participación activa de estos durante las sesiones (actividades de aprendizaje) y la ejecución de las técnicas aprendidas (asertividad, respiración y relajación) en las situaciones requeridas, este programa incluyo también el uso de contingencias positivas consistentes en la aplicación de un Programa de Economía de Fichas, refuerzos sociales y auto-refuerzos, todos estos empleados a lo largo de la aplicación del programa, siempre y cuando lo ameritaba la situación.

## **Fase A**

Al finalizar con la intervención, la evaluación de seguimiento se llevó a cabo tres semanas después de concluir la aplicación del programa, para lo cual se aplicó de manera individual el cuestionario “*Conocimiento y expresión de conductas agresivas*” a los participantes, en un lapso de cuatro sesiones lo cual permitió identificar el conocimiento adquirido y la ejecución de las conductas agresivas en los niños posteriores a la implementación del programa.



## RESULTADOS






---

## RESULTADOS

En este apartado se muestran los resultados obtenidos de la intervención del programa de estrategias cognitivo-conductuales para disminuir conductas agresivas, los cuales se presentaran en el siguiente orden: A) Descripción de la evaluación en términos grupales conforme al diseño A-B-A. B) Descripción de la evaluación por participante conforme al diseño A-B-A. C) Se muestra el comportamiento de las conductas agresivas que presentó cada uno de los participantes durante la intervención del programa. D) Se presenta la evaluación en relación al área de conocimientos previos, durante y posteriores a la aplicación del programa.

### A. Descripción de la evaluación en términos grupales, conforme al diseño (A-B-A).

Con la finalidad de conocer el impacto que tuvo el programa de estrategias cognitivo-conductuales en la modificación de conductas agresivas de los participantes se obtuvo la tasa de respuesta en relación al comportamiento agresivo de los participantes durante las tres fases de evaluación. En la Tabla 2 se exponen las medias obtenidas que se obtuvieron en cada una de las fases de evaluación:

| <br>PARTICIPANTE | FASE<br>A | FASE<br>B | FASE<br>A |
|---|-----------|-----------|-----------|
| 1   | 1.75      | 1.66      | 2.25      |
| 2   | 4.75      | 2.16      | 3         |
| 3   | 3.25      | 1.16      | 1.5       |
| 4   | 4.75      | 0.33      | 4.75      |
| 5   | 3         | 1.33      | 2         |
| TOTAL   | 17.5      | 6.64      | 13.5      |
| $\bar{X}$   | 3.5       | 1.32      | 2.7       |

**TABLA 2.** Tasa de respuesta de las conductas agresivas de los participantes durante las fases de evaluación.

---

En la tabla 2 se muestra la tasa de respuesta del comportamiento agresivo que cada uno de los participantes obtuvo durante las fases de evaluación, en la cual se puede observar que durante la fase A previa a la intervención del programa, fueron los participantes dos y cuatro quienes obtuvieron una tasa de respuesta elevada de 4.75 en comparación con los demás participantes, pues el participante tres presentó una tasa de respuesta de 3.25, el participante cinco mostró una tasa de 3 y el participante uno su tasa de respuesta fue de 1.75.

Así mismo, se observa como a pesar de que con la intervención del programa hubo una modificación en las conductas agresivas de todos los participantes este tuvo mayor impacto en el participante cuatro pues su tasa de respuesta obtenida durante la implementación del programa fue de 0.33, el participante tres presentó una tasa de respuesta de 1.16, el participante cinco obtuvo una tasa de 1.33, la tasa de respuesta del participante uno fue de 1.66 y por último la tasa de respuesta del participante dos fue de 2.16.

Finalmente, una vez que concluyó la intervención del programa se obtuvo la tasa de respuesta de las conductas agresivas de los participantes posterior, donde se puede observar en los resultados de manera general como esta aumenta en relación con la tasa de respuesta durante la intervención, pero se mantiene por debajo de la tasa de respuesta de conductas agresivas inicial, siendo el participante dos quien obtuvo una tasa de respuesta de 3, el participante tres presentó una tasa de 1.5 y el participante cinco obtuvo una tasa de respuesta de 2. Siendo en el caso del participante uno quien obtuvo una tasa de respuesta 2.25 superando de este modo la tasa de respuesta inicial y la de intervención. Por último el participante cuatro fue quien volvió a presentar la misma tasa de respuesta inicial siendo esta de 4.75.

---

La gráfica 1 expone los resultados que de manera grupal se obtuvieron conforme el diseño (A-B-A):



**GRÁFICA 1.** Evaluación grupal del comportamiento agresivo de los participantes durante las fases del diseño (A-B-A).

De acuerdo con los datos arrojados de las medias que cada uno de los participantes obtuvo durante las fases de evaluación, en la gráfica 1 se puede observar como de manera general el programa logro tener impacto sobre la modificación de conductas agresivas de los participantes, pues se muestra como la tasa de respuesta obtenida previa a la intervención del programa que fue de 3.5, una vez que se implementa el programa de intervención está disminuye a 1.32 y posteriormente cuando se retira el programa sube a 2.7 manteniéndose por debajo de la tasa de respuesta inicial previa a la implementación del programa.

---

**B. Descripción de la evaluación de las conductas agresivas por participante, conforme el diseño (A-B-A).**

Con el objetivo de conocer la modificación en el comportamiento agresivo de cada uno de los participantes durante las tres fases de evaluación se obtuvieron las frecuencias de las conductas agresivas que durante cada una de las fases del diseño iban presentando los menores en cada una de las sesiones, así como también se obtuvo la media general en cada una de las fases del diseño de evaluación.

De este modo, en las siguientes tablas los resultados obtenidos se dividen de la siguiente manera: a la fase A previa a la intervención del programa corresponden las sesiones de la 1 a la 4, la fase B de intervención se conforma de las sesiones 5 a la 10 y por último, a la fase A posterior a la intervención del programa pertenecen las sesiones de la 11 a la 14.



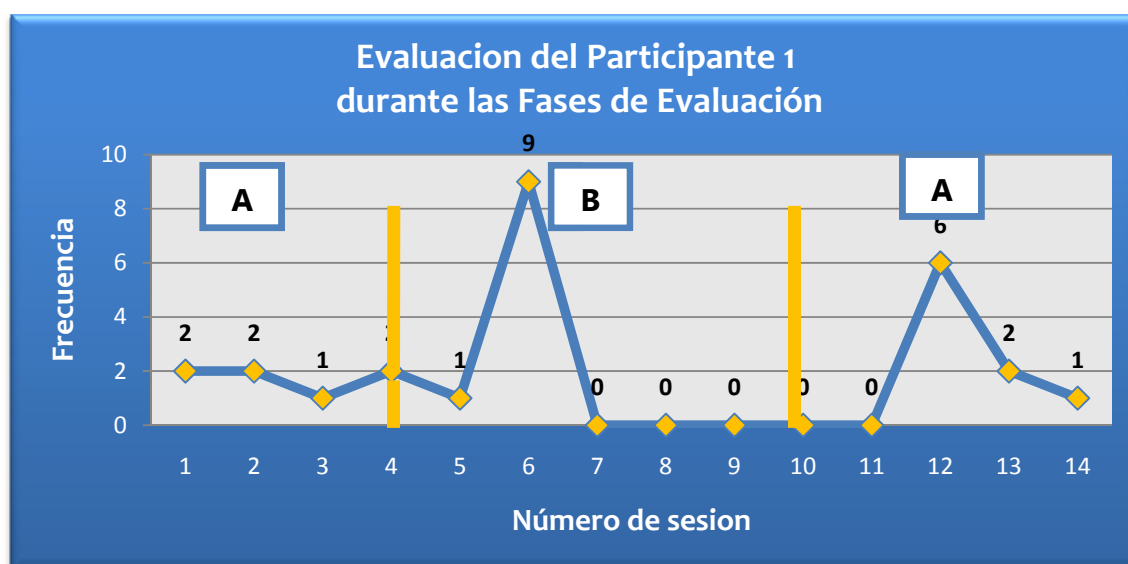
**PARTICIPANTE 1**

| FASE DE EVALUACIÓN | Nº DE SESIÓN | F. | TASA DE RESPUESTA |
|--------------------|--------------|----|-------------------|
| A                  | 1            | 2  | 1.75              |
|                    | 2            | 2  |                   |
|                    | 3            | 1  |                   |
|                    | 4            | 2  |                   |
| B                  | 5            | 1  | 1.66              |
|                    | 6            | 9  |                   |
|                    | 7            | 0  |                   |
|                    | 8            | 0  |                   |
|                    | 9            | 0  |                   |
|                    | 10           | 0  |                   |
| A                  | 11           | 0  | 2.25              |
|                    | 12           | 6  |                   |
|                    | 13           | 2  |                   |
|                    | 14           | 1  |                   |

**TABLA 3.** Frecuencia de las conductas agresivas del participante 1 durante las tres fases de evaluación.

En la tabla 3 se observan las medias que obtuvo el participante uno durante las tres fases de evaluación, donde se puede ver de manera general que a pesar de presentar una tasa de respuesta baja inicial de 1.75 de sus conductas agresivas, esta disminuyó poco durante la fase B de intervención presentando una tasa de respuesta de 1.66 y que por lo tanto, se logra ver un incremento en su tasa de respuesta posterior a la aplicación del programa siendo esta de 2.25, superando de esta manera la tasa de respuesta inicial en su comportamiento agresivo.

La gráfica 2 presenta las frecuencias que obtuvo el participante uno en cada una de las sesiones durante las fases de evaluación e intervención, de acuerdo con el diseño (A-B-A).



**GRÁFICA 2.** Frecuencia de las conductas agresivas del participante 1 en cada una de las sesiones de evaluación.

La gráfica 2 muestra la frecuencia con la que el participante uno presentaba conductas agresivas en cada una de las sesiones de evaluación, de este modo se puede observar como en las cuatro primeras sesiones correspondientes a la fase A presentó un máximo de dos conductas agresivas por sesión, disminuyendo a una en la sesión tres. Posteriormente, de las sesiones 5 a la 10 correspondientes a la fase B de intervención se puede observar como es que hay un incremento en su comportamiento agresivo, es en la sesión 6 del programa donde presentó un máximo de 6 conductas agresivas, decrementando e incluso quedando eliminadas a partir de las sesiones 7 a la 10 las conductas agresivas. Finalmente, en la fase A posterior a la intervención del programa a la cual corresponden de las sesiones 11 a la 14 se puede observar como todavía en la sesión 11 no presentó conductas agresivas, en la sesión 12 hay un incremento de estas conductas agresivas de 6, en la sesión 13 estas vuelven a disminuir a 2 y en la última sesión únicamente presentó una conducta agresiva.

---

De esta manera se concluye que de acuerdo con la frecuencia del comportamiento agresivo que el participante uno presentó durante las tres fases de evaluación, de manera general en lo que respecta a las catorce sesiones, este se mantuvo durante las cinco primeras sesiones mostrando como máximo dos conductas agresivas, siendo en la sesión seis donde se observa un incremento significativo de estas conductas y que posteriormente estas conductas agresivas logran disminuir e incluso desaparecer a partir de la sesión siete con la intervención del programa, manteniéndose así hasta la sesión once, incluso en una sesión perteneciente a la fase de seguimiento, siendo en la sesión doce donde vuelve a presentar un incremento de sus conductas agresivas de máximo seis y que finalmente vuelven a disminuir presentando en la última sesión únicamente una conducta agresiva.



**PARTICIPANTE 2**

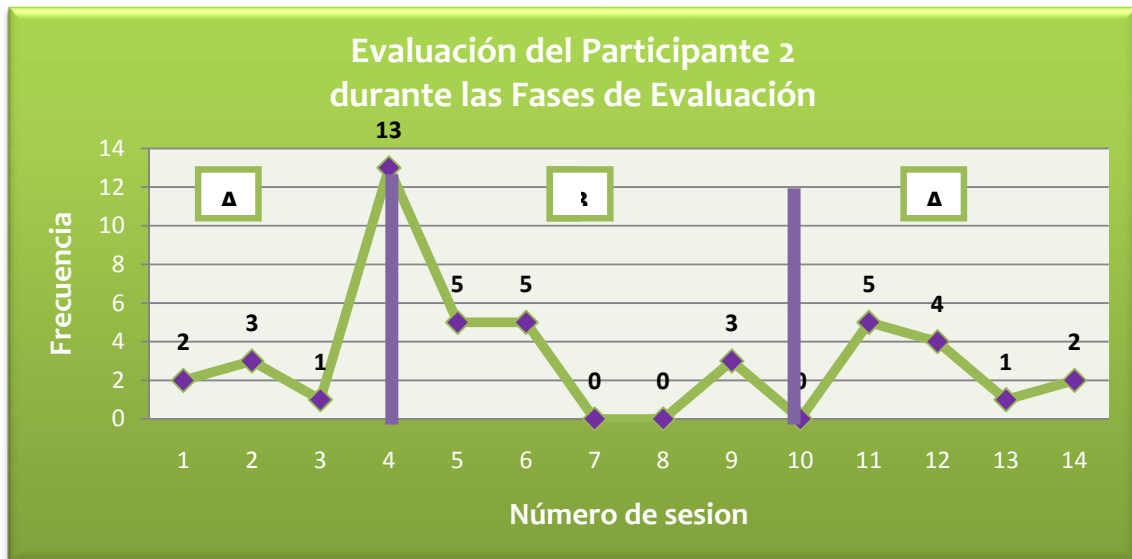
| FASE DE EVALUACIÓN | Nº DE SESIÓN | F. | TASA DE RESPUESTA |
|--------------------|--------------|----|-------------------|
| A                  | 1            | 2  | 4.75              |
|                    | 2            | 3  |                   |
|                    | 3            | 1  |                   |
|                    | 4            | 13 |                   |
| B                  | 5            | 5  | 2.16              |
|                    | 6            | 5  |                   |
|                    | 7            | 0  |                   |
|                    | 8            | 0  |                   |
|                    | 9            | 3  |                   |
|                    | 10           | 0  |                   |
| A                  | 11           | 5  | 3                 |
|                    | 12           | 4  |                   |
|                    | 13           | 1  |                   |
|                    | 14           | 2  |                   |

**TABLA 4.** Frecuencia de las conductas agresivas del participante 2 durante las tres fases de evaluación.

En la tabla 4 se observa de acuerdo con las medias obtenidas en cada una de las fases de evaluación como el programa logro modificar el comportamiento agresivo del participante dos, pues se ve como su tasa de respuesta inicial que fue de 4.75 disminuye a 2.16 con la implementación del programa y una vez que este se retira y se vuelve hacer la evaluación de seguimeinto la tasa de respuesta de sus conductas agresivas obtenida que fue de 3 aumenta en relación con la de la fase B, pero se encuentra por debajo de la tasa de respuesta inicial.



En la gráfica 3 se presenta la frecuencia de las conductas agresivas que el participante dos presentó en cada una de las sesiones de evaluación de acuerdo con el diseño (A-B-A).



**GRÁFICA 3.** Frecuencia de las conductas agresivas del participante 2 en cada una de las sesiones de evaluación.

La gráfica 3 muestra la frecuencia con que el participante dos presentó conductas agresivas en cada una de las sesiones de evaluación, donde se puede observar de manera general que en las cuatro primeras sesiones pertenecientes a la fase A fue en la sesión cuatro donde presentó un máximo de 13 conductas agresivas. Durante la fase B de intervención mostró una disminución de sus conductas agresivas presentando como máximo 5 conductas agresivas en las sesiones 5 y 6 quedando eliminadas por completo durante las sesiones 7 y 8, incrementando a 3 nuevamente en la sesión 9 y que durante la sesión 10 fueron nuevamente eliminadas.

Por último, en la fase A posterior a la intervención del programa en la sesión 11 presentó 5 conductas agresivas y estas fueron disminuyendo en las sesiones posteriores presentando en la sesión 12 cuatro conductas agresivas, en la sesión 13 una conducta agresiva y finalmente en la sesión 14 únicamente 2 conductas agresivas.

---

De lo anterior se llega a la conclusión de que en lo que respecta a la frecuencia de las conductas agresivas que el participante 2 presentó durante las catorce sesiones es en la sesión cuatro donde se observa un incremento en sus conductas agresivas presentando un máximo de trece conductas agresivas en esta sesión y que estas comienzan a disminuir a partir de la sesión cinco con la intervención del programa siendo en las sesiones cinco y seis donde muestra cinco conductas agresivas, posteriormente estas conductas agresivas quedan eliminadas en las sesiones siete y ocho incrementando a tres en la sesión nueve para eliminarse nuevamente en la sesión diez. Por último se observa como es en las sesiones posteriores de seguimiento de la once a la catorce estas incrementan a cinco para continuar disminuyéndose en las sesiones posteriores, presentando en la última sesión solo dos conductas agresivas.



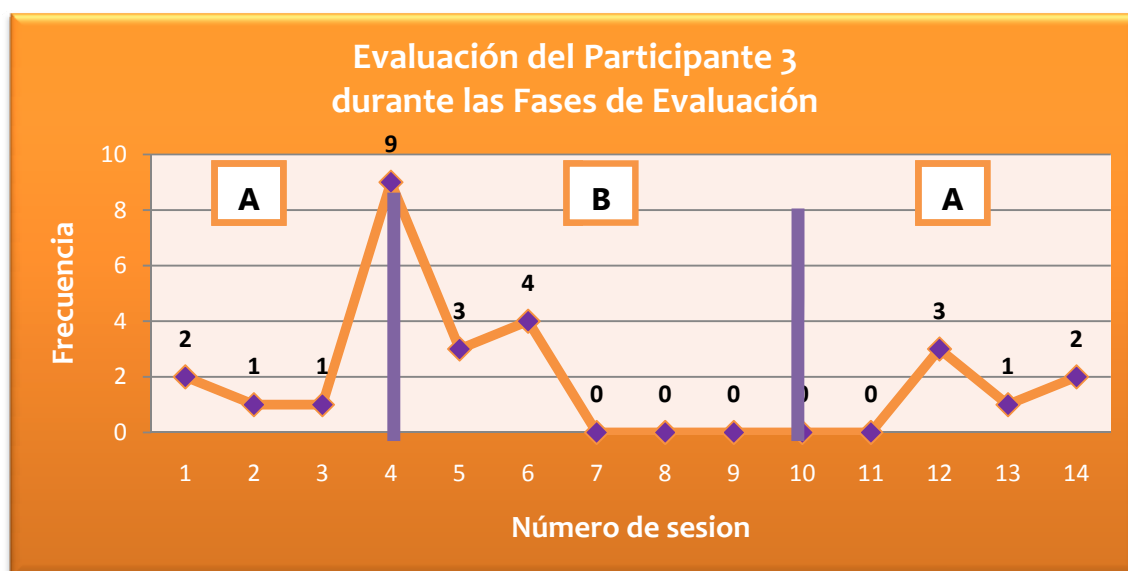
### PARTICIPANTE 3

| FASE DE EVALUACIÓN | Nº DE SESIÓN | F. | TASA DE RESPUESTA |
|--------------------|--------------|----|-------------------|
| A                  | 1            | 2  | 3.25              |
|                    | 2            | 1  |                   |
|                    | 3            | 1  |                   |
|                    | 4            | 9  |                   |
| B                  | 5            | 3  | 1.16              |
|                    | 6            | 4  |                   |
|                    | 7            | 0  |                   |
|                    | 8            | 0  |                   |
|                    | 9            | 0  |                   |
|                    | 10           | 0  |                   |
| A                  | 11           | 0  | 1.5               |
|                    | 12           | 3  |                   |
|                    | 13           | 1  |                   |
|                    | 14           | 2  |                   |

**TABLA 5.** Frecuencia de las conductas agresivas del participante 3 durante las tres fases de evaluación.

En la tabla 5 se puede observar que de acuerdo con las medias obtenidas de cada una de las fases de evaluación, como es que con la implementación del programa se logro un decremento en el comportamiento agresivo del participante tres, pues se puede observar el cambio entre su tasa de respuesta inicial que fue de 3.25 y la tasa de respuesta durante la que se implemento el programa que fue de 1.16, disminuyendo todavia aún más durante la fase de seguimiento que fue de 1.5.

La gráfica 6 presenta la frecuencia con la cual el participante tres presentó conductas agresivas en cada una de las sesiones, durante las fases de evaluación e intervención.



**GRÁFICA 4.** Frecuencia de las conductas agresivas del participante 3 en cada una de las sesiones de evaluación.

En la gráfica 4 se observa la frecuencia con la que el participante tres presentó conductas agresivas en cada una de las sesiones de evaluación y que por lo tanto, disminuyeron con la implementación del programa, mostrando durante las primeras cuatro sesiones un máximo de 9 conductas agresivas en la sesión 4.

Posteriormente, en la fase de intervención estas disminuyeron a 3 en la sesión 5 y de las sesiones 7 a la 10 estas desaparecieron, no presentando ninguna conducta agresiva el participante tres, manteniéndose en la sesión 11 y posteriormente estas variaron en las siguientes sesiones, mostrando en la sesión 12 tres conductas agresivas, en la sesión 13 una conducta agresiva y finalmente en la sesión 14 dos conductas agresivas.

---

Por lo tanto, se concluye que de acuerdo con la tasa de respuesta obtenida durante las tres fases de evaluación y la frecuencia de las conductas agresivas que el participante presentó durante las catorce sesiones con el programa de intervención se logró una modificación en su comportamiento agresivo de manera general, pues se observa como es que en las cuatro primeras sesiones es en la sesión cuatro donde hay un incremento de sus conductas agresivas, para disminuir en las sesiones cinco y seis, quedando eliminadas de la sesión siete a la once con la implementación del programa e incluso manteniéndose así hasta la sesión once perteneciente a la fase de seguimiento y que a pesar de haber retirado el programa estas se siguen manteniendo presentando en la última sesión solo dos conductas agresivas.



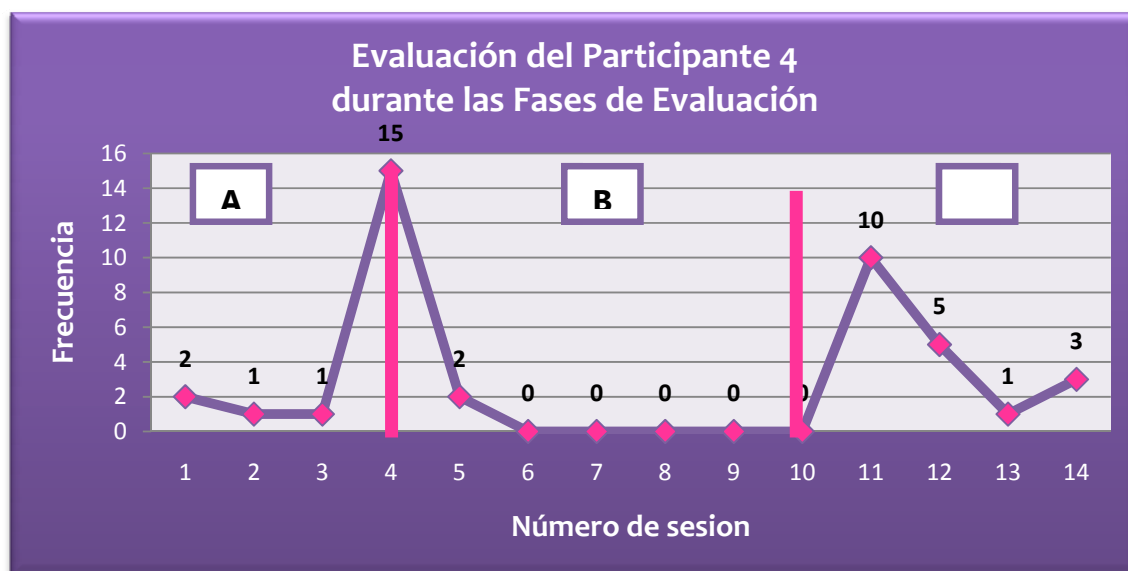
**PARTICIPANTE 4**

| FASE DE EVALUACIÓN | Nº DE SESIÓN | F. | TASA DE RESPUESTA |
|--------------------|--------------|----|-------------------|
| A                  | 1            | 2  | 4.75              |
|                    | 2            | 1  |                   |
|                    | 3            | 1  |                   |
|                    | 4            | 15 |                   |
| B                  | 5            | 2  | 0.33              |
|                    | 6            | 0  |                   |
|                    | 7            | 0  |                   |
|                    | 8            | 0  |                   |
|                    | 9            | 0  |                   |
|                    | 10           | 0  |                   |
| A                  | 11           | 10 | 4.75              |
|                    | 12           | 5  |                   |
|                    | 13           | 1  |                   |
|                    | 14           | 3  |                   |

**TABLA 6.** Frecuencia de las conductas agresivas del participante 4 durante las tres fases de evaluación.

En la tabla 6 se puede observar la media obtenida del participante cuatro en cada una de las fases de evaluación, donde su tasa de respuesta inicial fue de 4.75, viéndose así un decremento significativo en la modificación de su comportamiento con la implementación del programa, presentando de este modo durante la fase B una tasa de respuesta de 0.33, y que finalmente durante la fase de seguimiento esta volvió a aumentar igualándose nuevamente con su tasa de respuesta inicial que fue de 4.75.

La gráfica 5 muestra la frecuencia de las conductas agresivas que el participante cuatro presentó en cada una de las sesiones durante las tres fases de evaluación.



**GRÁFICA 5.** Frecuencia de las conductas agresivas del participante 4 durante las fases de evaluación.

La gráfica 5 muestra la frecuencia con la que el participante cuatro presentó conductas agresivas en cada una de las fases de evaluación, en las cuales durante las cuatro primeras sesiones el máximo de conductas agresivas que presentó fue de 15 durante la sesión cuatro. De las sesiones 5 a la 10 se observa un decremento de estas con la intervención del programa, disminuyendo primeramente durante la sesión cinco a dos conductas agresivas y posteriormente estas son eliminadas manteniéndose en ceros de la sesión 6 a la 10. Finalmente, en las últimas cuatro sesiones posteriores a la intervención, fue en la sesión 11 que estas incrementaron nuevamente presentando así 10 conductas agresivas, pero estas vuelven a disminuir en la sesión doce presentando 5 conductas agresivas, en la sesión 13 solo presentó una conducta agresiva y por último en la sesión 14 únicamente presentó 3 conductas agresivas.

---

Así, con los datos obtenidos de la frecuencia de las conductas agresivas que el participante cuatro presentó durante las catorce sesiones y de manera general en las tres fases de evaluación, se concluye que es en esta menor donde con la intervención del programa se logró un mayor impacto en la modificación de sus de sus conductas agresivas, además de ser uno de los participantes que mostró una tasa de respuesta inicial elevada, siendo en la sesión cuatro donde presenta un máximo de quince conductas agresivas, disminuyendo y quedando eliminadas en las sesiones durante la implementación del programa, pero que finalmente en la fase de seguimiento estas vuelven a incrementar igualándose con la tasa de respuesta de conductas agresivas obtenida durante la fase inicial del diseño.





**PARTICIPANTE 5**

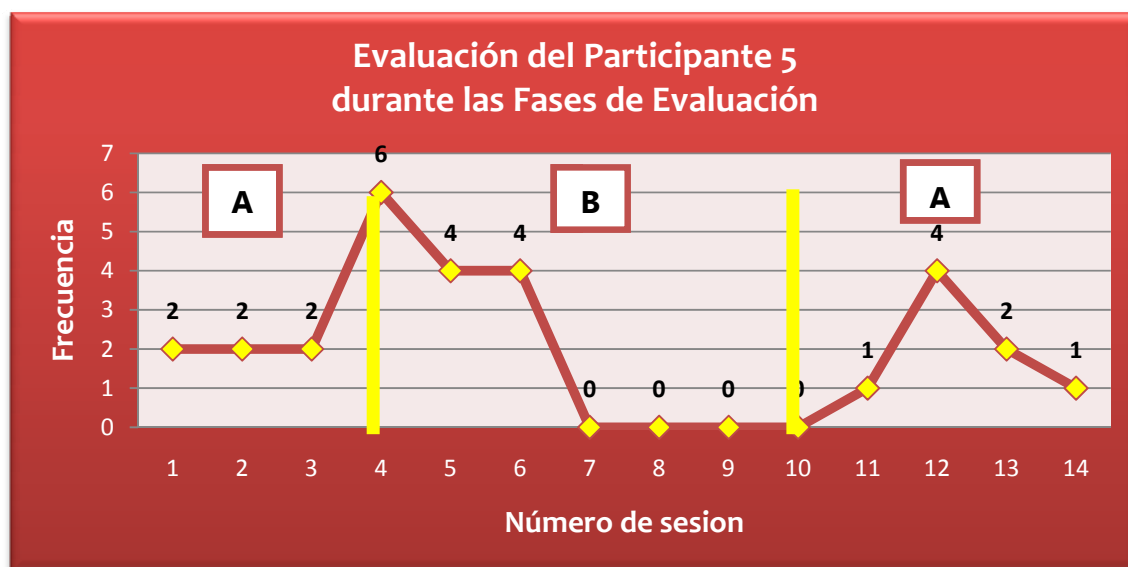
| FASE DE EVALUACIÓN | Nº DE SESIÓN | F. | TASA DE RESPUESTA |
|--------------------|--------------|----|-------------------|
| A                  | 1            | 2  | 3                 |
|                    | 2            | 2  |                   |
|                    | 3            | 2  |                   |
|                    | 4            | 6  |                   |
| B                  | 5            | 4  | 1.33              |
|                    | 6            | 4  |                   |
|                    | 7            | 0  |                   |
|                    | 8            | 0  |                   |
|                    | 9            | 0  |                   |
|                    | 10           | 0  |                   |
| A                  | 11           | 1  | 2                 |
|                    | 12           | 4  |                   |
|                    | 13           | 2  |                   |
|                    | 14           | 1  |                   |

**TABLA 7.** Frecuencia de las conductas agresivas del participante 5 durante las tres fases de evaluación.

En la tabla 7 se puede observar la tasa de respuesta que el participante 5 presentó en cada una de las fases de evaluación, en las cuales durante la fase A previa presentó una tasa de respuesta de 3, la cual disminuyó con la intervención del programa a 1.33 y posteriormente con la fase de seguimiento esta aumentó a 2 manteniéndose por debajo de su tasa inicial.

---

La gráfica 6 muestra la frecuencia de las conductas agresivas que el participante cinco presentó en cada una de las sesiones, durante las tres fases de evaluación.



**GRÁFICA 6.** Frecuencia de las conductas agresivas del participante 5 en cada una de las fases de evaluación.

En la gráfica 6 se puede ver la frecuencia del comportamiento que el participante cinco presentó, donde en las primeras cuatro sesiones presentó 6 conductas agresivas como máximo durante la sesión cuatro. En las sesiones cinco y seis estas disminuyen a 4 conductas agresivas, para posteriormente seguir disminuyendo hasta no presentar una sola conducta agresiva, de la sesión siete a la diez. Finalmente en la sesión 11 presenta una conducta agresiva, en la sesión 12 vuelven aumentar a 4 conductas agresivas, en la sesión 13 estas disminuyen a 2 conductas agresivas y finalmente en la sesión 14 vuelve a presentar solo una conducta agresiva.

De esta manera, se concluye que de acuerdo con los datos obtenidos de la frecuencia de las conductas agresivas del participante cinco en cada una de las sesiones de las fases del diseño, se logra ver un decremento en la modificación de sus conductas agresivas con la intervención del programa, pues a pesar de que es en la sesión cuatro donde presenta un máximo de seis conductas agresivas, estas comienzan a disminuir a partir de la sesión cinco para quedar eliminadas por completo de las sesión siete a la diez. Finalmente incrementando

---

a doce conductas agresivas en la sesión doce pero disminuyendo nuevamente a una sola conducta agresiva durante la sesión catorce.

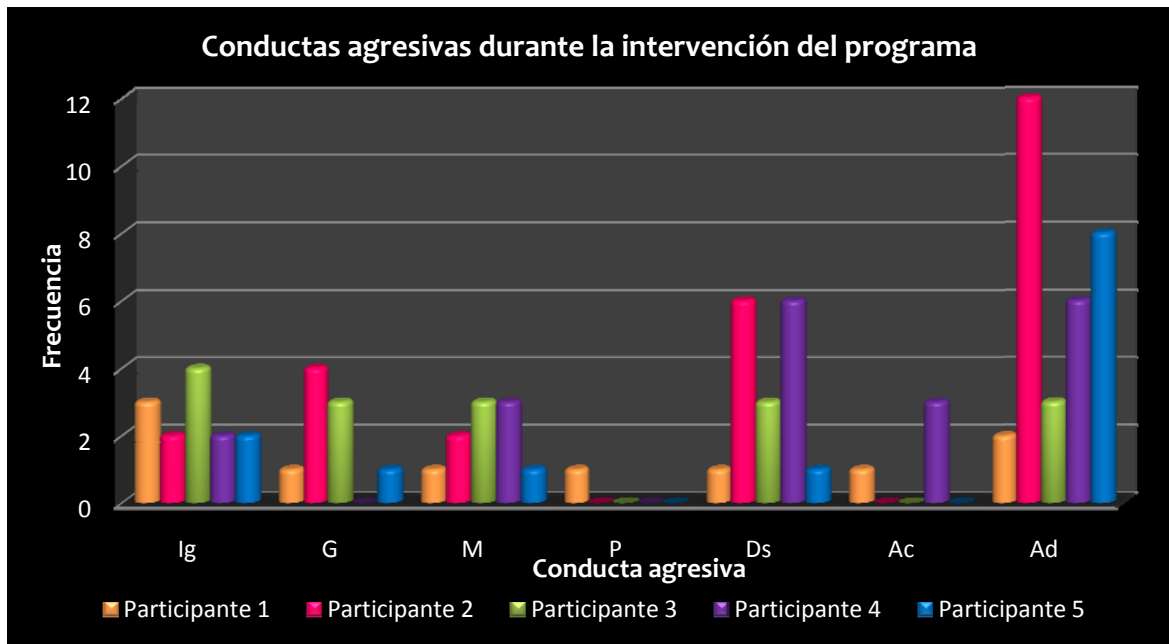
**C. Descripción de la evaluación del comportamiento de las conductas agresivas de los participantes durante la intervención del programa.**

Con la finalidad de conocer el comportamiento de las conductas agresivas que cada uno de los participantes presentó durante la intervención del programa y la disminución de las mismas, en la gráfica 7 se presenta la frecuencia con que cada una de las siete conductas agresivas se presentó en cada uno de los participantes.

En la tabla 8 se muestra la frecuencia con la que cada uno de los participantes presentó las conductas agresivas durante la implementación del programa.

| Conducta Agresiva | Participante 1 | Participante 2 | Participante 3 | Participante 4 | Participante 5 |
|-------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Ig                | 3              | 2              | 4              | 2              | 2              |
| G                 | 1              | 4              | 3              | 0              | 1              |
| M                 | 1              | 2              | 3              | 3              | 1              |
| P                 | 1              | 0              | 0              | 0              | 0              |
| Ds                | 1              | 6              | 3              | 6              | 1              |
| Ac                | 1              | 0              | 0              | 3              | 0              |
| Ad                | 2              | 12             | 3              | 6              | 8              |

**Tabla 8.** Frecuencia del comportamiento de las conductas agresivas de los participantes.



**GRÀFICA 7.** Comportamiento de las conductas agresivas de los participantes.

En la gràfica 7 se pueden observar las conductas agresivas y la frecuencia con que cada una de estas se presentò durante la intervenció del programa en los participantes. Observando de esta manera que el participante 1 presentò con màs frecuencia las conductas agresivas de: insultos (Ig), seguido de los actos de desobediencia (Ad), y por ùltimo en solo una ocasiòn los golpes (G), molestar (M), pleitos (P), discusiones (Ds) y accesos de còlera (Ac).

En lo que respecta al participante dos la conducta agresiva que presentò en una mayor cantidad fueron los actos de desobediencia (Ad) mostrandose 12 veces, seguida de las discusiones (Ds) con una frecuencia de 6, los golpes (G) se presentaron en 4 ocasiones y sòlo dos veces los insultos (Ig) y molestar (M), siendo los pleitos (P) y los accesos de còlera (Ac) las conductas agresivas que no presentò en ninguna ocasiòn.

Del participante 3 la conducta que presentò con màs frecuencia fueron los insultos (Ig) en 4 ocasiones, presentando solo 3 veces la conducta agresiva de molestar (M) y los accesos de còlera (Ac), con una frecuencia de 3 presentò las conductas agresivas de golpes (G), molestar (M), discusiones (Ds) y los actos de desobediencia (Ad) y por ùltimo las conductas agresivas que no presentò el participante tres fueron los pleitos (P) y los accesos de còlera (Ac).

---

El participante 4 las conductas agresivas que presentò con màs frecuencia fueron las discusiones (Ds) y los actos de desobediencia (Ad) en 6 ocasiones, con una frecuencia de 4 fueron los accesos de còlera (Ac) y molestar (M), en 2 ocasiones presentò la conducta agresiva de insultos (Ig) y en ninguna ocasiòn mostro golpes (G), y pleitos (P).

Finalmente la conducta agresiva que presentò con mas frecuencia el participante cinco fueron los actos de desobediencia en 8 ocasiones, los insultos (Ig) 2 veces, las conductas agresivas de golpes (G), molestar (M) y las discusiones (Ds) las presentò en una ocasiòn y por ùltimo en ninguna ocasiòn presentò pleitos (P) ni accesos de còlera (Ac).

Por lo tanto, en resumen se puede decir que las conductas que se presentaron con màs frecuencia en todos los participantes fueron las discusiones (Ds) y los actos de desobediencia (Ad) siendo en el participante dos esta categorìa la màs sobresaliente de su comportamiento agresivo. Los actos de desobediencia (Ad) tambien fueron caracteristicos del comportamiento agresivo del participante cinco y cuatro. Seguido de las discusiones (Ds) en los participantes dos y cuatro. Tambien fueron presentes las conductas agresivas de: insultos (Ig), golpes(G) y molestar (M) aunque menor catidad caracteristicos del comportamiento agresivo de los participantes: uno, tres, dos y cuatro.

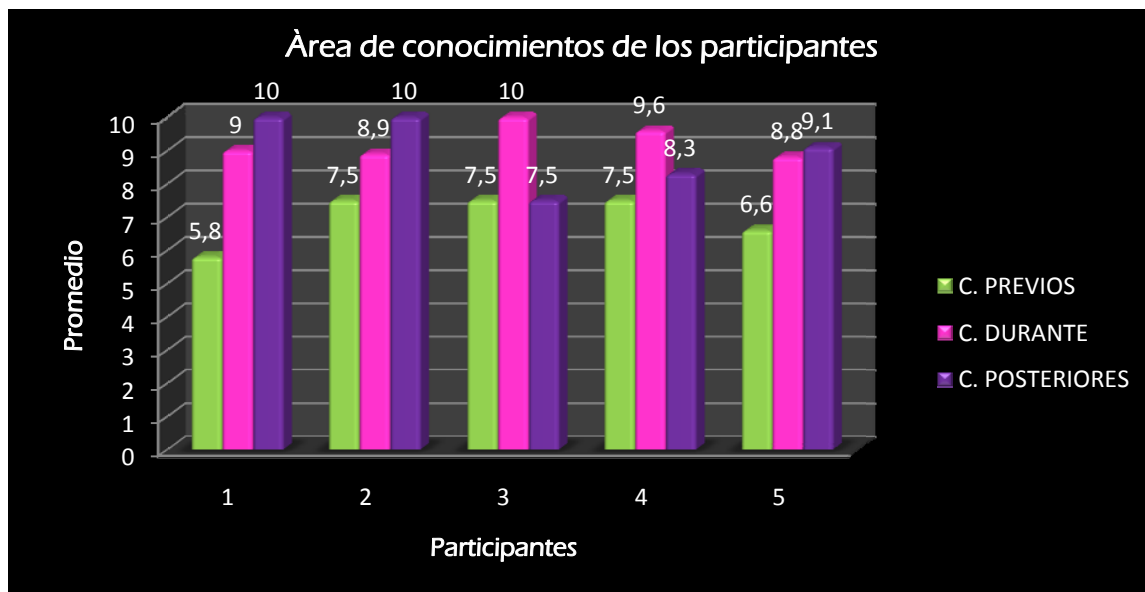
De este modo, se concluye que las conductas agresivas con las cuales fueron diagnòsticados los participantes como agresivos y que el objetivo con la intervenciòn del programa era disminuir, fueron principalmente los insultos (Ig), los golpes (G), las discusiones (Ds), los accesos de còlera (Ac) y los actos de desobediencia (Ad), si se observa nuevamente la gràfica 7 se puede comprobar que efectivamente el programa para disminuir conductas agresivas logrò una modificaciòn en el comportamiento agresivo de los participantes, pues de manera general se puede observar como no unicamente disminuyeron las conductas agresivas, sino que ademas quedaron eliminadas por completo en alguno de los participantes y que haciendo una comparaciòn de las conductas agresivas con las cuales fueron diagnosticados los participantes como agresivos y las conductas que se presentaron durante la intervenciòn del programa fueron los insultos (Ig) y los golpes (G) los que disminuyeron en frecuencia en los participantes, quedando eliminados por completo los accesos de còlera (Ac) con ecepciòn del participante cuatro quien fue el que los siguio presentando y finalmente, las conductas agresivas de discusiones (Ds) y actos de desobediencia (Ad) se siguieron presentado en la mayoría de los

---

participantes, por lo tanto se puede decir que son estas dos últimas conductas las que predeterminan que los niños presenten un comportamiento agresivo.

**D. Descripción de la evaluación respecto al área de conocimientos en base al diseño (A-B-A).**

Para conocer la contribución que con la implementación del programa respecto al área de conocimientos se logró en los participantes, se les aplicó un cuestionario conformado por 4 preguntas abiertas previo a la intervención y posterior a la misma, en función de tres áreas del desarrollo: cognitiva, emocional y conductual referente a la emoción de enojo, de esta manera se pudieron conocer los conocimientos previos y los que aún permanecían una vez que se había finalizado con la intervención. Asimismo, se evaluaron los conocimientos y habilidades adquiridas durante la implementación del programa, a través de las actividades de contenido temático que en cada una de las sesiones del programa se realizaban. Es así como en la gráfica 8 se muestran los promedios que cada uno de los participantes obtuvo durante las tres fases de evaluación.

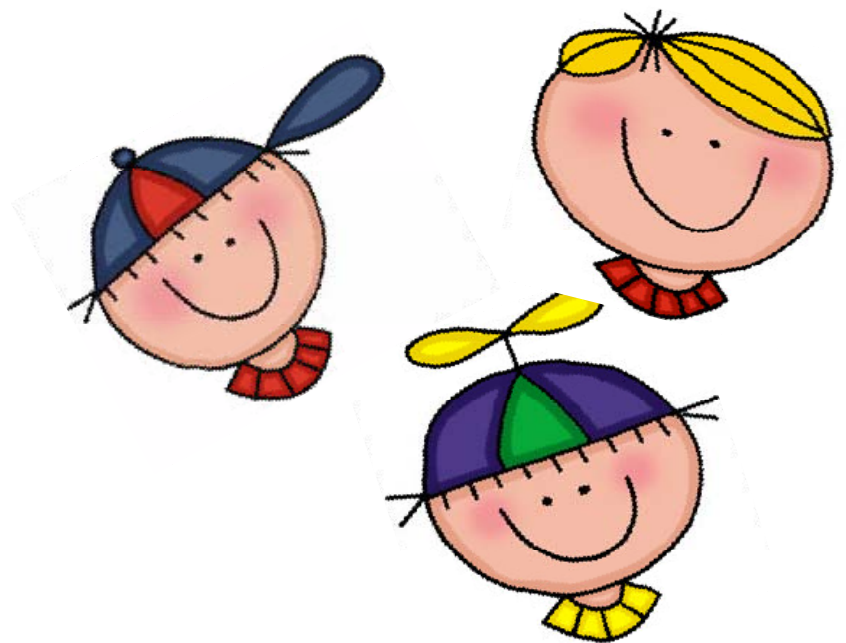


**GRÀFICA 8.** Promedios generales respecto al àrea de conocimientos de los participantes durante las tres fases de evaluaciòn.

De manera general se puede observar en la gràfica 8 que en todo momento el àrea de conocimientos en los participantes uno, dos y cinco fue incrementando presentando los siguientes promedios: el participante 1 su promedio previo fue de 5.8, durante la intervenciòn del programa adquiriò un promedio de 9 y posteriormente su promedio fue de 10. Del participante 2 su promedio inicial fue de 7.5, durante la implementaciòn del programa este incremento a 8.9 y finalizò con un promedio de 10. En cuanto al participante 5 su promedio inicial fue de 6.6, durante la intervenciòn presentò un promedio de 8.8 y su promedio final fue de 9.1. Respecto al participante 3 su promedio inicial fue de 7.5, durante la intervenciòn obtuvo un promedio de 10 y posteriormente su promedio disminuyò nuevamente a 7.5. Finalmente, el participante 4 presentò un promedio inicial de 7.5, durante la intervenciòn su promedio fue de 9.6 y finalizò con un promedio de 8.3.



## DISCUSSION





---

## DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo disminuir conductas agresivas en niños abandonados e institucionalizados, para lo cual se aplicó un programa de intervención con estrategias cognitivo-conductuales para la modificación de conductas. De acuerdo con los resultados obtenidos se concluye que el objetivo se cumplió.

De acuerdo con Méndez y González (2002), es común observar y escuchar que las conductas agresivas en los niños son frecuentes, pero lo son aún más en aquellos menores que por ser víctimas de abandono se encuentran institucionalizados en hogares infantiles. Por lo tanto, han llegado a la conclusión de que la agresividad es la principal manifestación observada en los menores durante el tiempo de su institucionalización; así como el resultado de otros trastornos más graves presentes durante su desarrollo, a su egreso de la institución y en la edad adulta, generando en ellos dificultades en la adaptación a su medio ambiente una vez fuera del contexto de institucionalización. Por ello, se planteó la siguiente pregunta de investigación: *¿En qué medida influye un programa de estrategias cognitivo-conductuales en las conductas agresivas de una muestra de niños abandonados e institucionalizados?*

Macleán (2003), indica que existe una gran cantidad de variables que influyen negativamente sobre el desarrollo normal del niño, tales como: la carencia de lazos afectivos y la separación temprana de la madre durante los primeros años de vida, los recursos físicos de la institución, el tiempo de institucionalización y la calidad de apego con las cuidadoras o educadoras, mencionando estas por ser las más importantes y las que tienen mayor impacto sobre el deterioro en el desarrollo del niño abandonado e institucionalizado. En la muestra estudiada se identificaron dichas variables constatando su relación con el comportamiento agresivo.

En base a las observaciones realizadas por Bronfenbrenner (1979), dio a conocer que dentro de los hogares adoptivos, las características que se atribuyen con mayor frecuencia a los niños con una experiencia institucional son: búsqueda de afecto, falta de capacidad para relacionarse, inquietud, hiperactividad, incapacidad de concentración y bajo rendimiento escolar. En la presente investigación, con la elaboración del catálogo de conductas agresivas se observó que las conductas predominantes en los participantes dentro de la

---

institución fueron las siguientes: Insultos (Ig), discusiones (Ds), golpes (G) y actos de desobediencia (Ad).

Widon, Schurk & White (2006,) mencionan que si no se trata oportunamente la agresividad por ser un problema con inicio en la infancia, no solo tiende a persistir en la edad adulta, sino que también se exagera con el paso del tiempo, siendo precursora de comportamientos antisociales a corto y mediano plazos, tales como la criminalidad y la delincuencia, el abuso de sustancias y las relaciones sexuales tempranas.

Lo que se pretendió con el programa de intervención fue promover en los niños el autocontrol, las auto-instrucciones, la resolución de problemas y el uso de las habilidades sociales, para tener un efecto sobre la disminución de las conductas agresivas. Ya que como lo mencionan: Miranda y Presentación (2000); Kazdin y cols. 1962 (citados en Fajardo y Hernández, 2008) y Calderón (2001), estas son las técnicas cognitivo-conductuales que resultan ser más eficaces y recomendadas para lograrlo.

Así, los resultados mostraron que el programa logro tener un efecto en la modificación de conductas de los participantes, pues es a partir de la quinta sesión donde el objetivo fue enseñar y entrenar a los niños en modos alternativos para que no tuvieran un comportamiento agresivo frente a situaciones generadoras de enojo, a través de técnicas cognitivo-conductuales con juegos de respiración, ejercicios de relajación y asertividad. Los resultados en la disminución de conductas agresivas se pudieron aprobar a través, de los auto-registros que cada uno de los participantes realizaba, donde se pudo observar en cada uno de ellos la disminución de comportamientos agresivos frente a situaciones generadoras de enojo y por tanto, la utilización de las técnicas implementadas.

En una investigación realizada por Maichenbaum y Goodman (1981), indicaron que los programas de tratamiento cognitivo-conductual resultan eficaces en el abordaje del TDAH y la agresividad infantil, destacando la importancia de las auto-instrucciones como técnica principal de la terapia cognitiva-conductual. Lo anterior se pudo comprobar en un estudio llevado a cabo por Pfiffner y McBurnett (1997), con 37 niños con TDAH más conductas agresivas que recibieron entrenamiento en habilidades sociales, los autores concluyeron que los niños mejoraron sus conocimientos sobre las habilidades sociales y por lo tanto disminuyeron las conductas inadecuadas.

---

Los logros obtenidos a través de la implementación del programa de estrategias cognitivo-conductuales se apoya de lo propuesto por Hinshaw & Erhardt (1991), (citados en Nicolau y García, 2002), quienes mencionan que dentro de los objetivos del tratamiento psicológico para la modificación de conducta, uno de los principales es aumentar la capacidad de auto-control en el manejo de la rabia. En este sentido plantean en primera instancia entrenar al niño en reconocer las señales internas y externas que desencadenan la rabia, en el programa de intervención se enseñó a los menores durante la primera sesión a reconocer de las emociones de miedo, tristeza, alegría y enojo los síntomas tanto internos como externos que estas emociones producen en su organismo, enfocándose posteriormente a la emoción de enojo por ser el componente emocional de la agresividad tal y como lo plantean Stern & Foordor (1989).

El resultado de lo anterior fue que los niños pudieron identificar los síntomas de alerta que los preparan para actuar agresivamente, lo cual se pudo observar en la segunda sesión, mediante uno de los ejercicios en el cual se les pedía a los participantes que elaboraran un rabiometro en el cual identificaran: 1) las situaciones que generaban su enojo, 2) el tamaño de su enojo y 3) los síntomas de alerta que les provocaba la emoción de enojo. Para lo cual, de manera general los niños respondieron en lo referente a las situaciones que generaban su enojo: el que la educadora o maestra se dirigieran a ellos con gritos o cuando sus compañeritos les pegaban. En lo que respecta a los síntomas que los alertaban para que ellos actuaran de modo agresivo, la mayoría logro identificar los siguientes síntomas: el corazón late rápido, cerramos los puños, arrugamos la frente, el cuerpo se pone duro y sentimos calor, lo cual hacía que ellos emitieran groserías, aventaran objetos, dieran golpes y no obedecieran.

Posteriormente, los mismos autores proponen desarrollar estrategias cognitivo y comportamentales para el manejo del comportamiento agresivo y entrenar al niño a registrar que situaciones reales con los compañeros les genera rabia para analizar qué actuaciones puede tener. Durante el programa de intervención las técnicas empleadas para lograr los resultados consistieron en enseñar un comportamiento asertivo, entrenar en ejercicios de relajación y respiración a través del juego y enseñar la técnica de control del enojo a los participantes. Además se hizo constante el uso del reforzamiento positivo (material y social), sistema de economía de fichas, modelamiento y del procedimiento auto-instruccional siguiendo la pauta propuesta por Kendall y cols. (1980).

---

Los resultados obtenidos se pueden observar en las siguientes gráficas: gráfica 2 (participante 1), gráfica 3 (participante 2), gráfica 4 (participante 3), gráfica 5 (participante 4) y gráfica 6 (participante 5), en las cuales se muestran las frecuencias de las conductas agresivas de los participantes en cada una de las sesiones y que de manera general es a partir de la sesión 7 a la 10, donde las conductas agresivas disminuyen notoriamente e incluso quedando eliminadas en algunos de los participantes. Ya que como menciona Calderón (2001), como técnicas cognitivo-conductuales del control de la rabia se utiliza la relajación, entrenando al mismo tiempo al niño en identificar las emociones que le invaden y le inducen a comportarse agresivamente, tal y como se realizó en la primera sesión.

Asimismo, la disminución de conductas agresivas se logró a través del procedimiento auto-instruccional de PARAR antes de ACTUAR, siguiendo la pauta propuesta por Kendall y cols. (1980). Donde los resultados obtenidos se pudieron observar en los ejercicios realizados durante sesión ocho, en los cuales los participantes lograron detectar los síntomas de alerta internos y externos que la emoción de enojo provocaba en su organismo y que por lo tanto los preparaba para actuar de una manera agresiva, así una vez que identificaban esto la psicóloga les decía: *¿ahora que tienen que hacer?*, a lo que ellos respondían: *“ser como el niño asertivo”, “calmarme”, “respirar” o “relajarme”* recordando así las estrategias que se les habían enseñado durante las sesiones del programa.

Una vez identificadas las conductas alternativas a la agresión el siguiente paso fue el que las llevaran a cabo y es aquí donde se lograron ver los efectos del programa, pues los niños realizaban adecuadamente cada uno de los ejercicios de respiración y relajación que les habían sido enseñados, así como comportamientos asertivos, aunque cabe resaltar que no todos eligieron la misma alternativa, cada uno se fue por la que más se le facilitaba ejecutar, pudiendo constatar de esta manera el impacto que tuvo el programa en la disminución e incluso hasta en la eliminación de sus conductas agresivas.

De la misma forma el empleo y uso de los reforzadores positivos tuvieron un valor importante dentro y durante la implementación del programa. Pues como lo plantea Bianco (1998), estos resultan más eficaces si se emplean de la siguiente manera: 1) El reforzador debe presentarse inmediatamente después de la emisión de la conducta. En este sentido, los reforzadores que les eran proporcionados a los niños, eran a través de estrellas de diferentes tamaños intercambiables por dulces al término de la sesión. Así, una vez que el niño

---

emitía una conducta adecuada se le proporcionaba inmediatamente la estrellita y se le reforzaba al mismo tiempo con elogios. De este modo, en un principio los niños no le mostraban interés a este intercambio, pero fue a partir de la sesión tres cuando ellos mismos emitían una mayor cantidad de conductas adecuadas ya que sabían que su conducta iba a ser reforzada al final de la sesión por algo que a ellos les gustaba, cambiando el tamaño o cantidad del reforzador de acuerdo con la cantidad de conductas emitidas y la participación de los mismos durante las actividades de adquisición de conocimientos en cada una de las sesiones. 2) La magnitud del reforzamiento debe regularse para evitar la saciedad. Cabe mencionar que no todas las conductas emitidas por los niños eran reforzadas materialmente, sino como ya se mencionó se hacía uso de reforzadores sociales. 3) El tipo de reforzador se determina dependiendo del individuo a reforzar. Lo cual implica analizar muy bien la situación a intervenir para determinar los reforzadores a utilizar, así mismo conocer los intereses del individuo atendiendo a sus diferencias individuales y contexto.

En lo que respecta a la economía de fichas Walter y Shea (2002), consideran que su empleo ha demostrado que es una intervención de modificación conductual eficaz. Pues las fichas carecen de valor para los niños cuando se les presentan en un inicio, pero su importancia se vuelve evidente cuando aprenden que pueden intercambiarlas por varios reforzadores positivos. Como se fue observando durante las primeras sesiones del programa. Esta versatilidad hace que el sistema de fichas sea superior a muchas intervenciones. Así las fichas se convierten en reforzadores poderosos y pueden concederse durante cierto periodo a cambio de un esfuerzo o trabajo aceptable.

Regresando a otro de los objetivos propuestos por Hinshaw & Erhardt 1991, (citados en Nicolau y García, 2002), y que se retomó durante la intervención del programa fue el registro diario por parte de los niños de su comportamiento agresivo, esto con varios propósitos: que los niños reconocieran su comportamiento agresivo al momento de registrar o no conductas agresivas en el transcurso del día, para que de este modo identificaran las situaciones que generaban su enojo cuando al mostrarle su auto-registro a la psicóloga se le preguntaba el por qué había realizado tal conducta.

De esta manera, fue durante los primeros días cuando los menores registraban con mayor frecuencia conductas agresivas, ya que en los posteriores estas fueron disminuyendo e incluso desapareciendo siendo sustituidas por las

---

técnicas implementadas durante la intervención, a esto se suma el uso de reforzadores ya que si el niño no realizaba ninguna conducta agresiva durante el día y en los días de registro, estos eran recompensados de manera inmediata por su buen comportamiento. Algo importante a mencionar en este punto es como los niños cada vez mantenían un comportamiento adecuado prolongado, pues si en un principio registraba su comportamiento durante tres días posteriormente logro mantenerse así hasta por cinco días, por ser el número mayor de registro.

Es así, como se ha comprobado que las estrategias cognitivo-conductuales como el refuerzo positivo, el coste de respuesta, las auto-instrucciones, el modelamiento, la auto-evaluación, el auto-refuerzo, la resolución de problemas, entre otras, son las que resultan ser más eficaces para reducir la agresividad infantil. Pues el objetivo de todas ellas es mejorar la capacidad de los niños para procesar información, mejorar sus habilidades sociales para resolver los problemas, e incrementar su auto-control a fin de adecuar su conducta a las demandas del ambiente (Kazdin, Siege y Bass, 1992).

El segundo objetivo de la investigación consistió en la *elaboración de un cuestionario denominado “Conocimiento y expresión de conductas agresivas” basado en tres áreas del desarrollo: cognitiva, emocional y conductual*. El cual permitió evaluar los conocimientos de los participantes previos y posteriores a la implementación del programa con respecto a la conducta agresiva. Asimismo, fueron evaluados los conocimientos y habilidades adquiridas durante la implementación del programa, por medio de las actividades y ejercicios de contenido temático.

De manera particular, en la gráfica 8 se pueden observar los promedios que cada uno de los participantes obtuvo durante las tres fases de evaluación respecto al área de conocimientos. De la cual, se puede decir de manera general que en relación a la evaluación en el área de conocimientos previos, los resultados obtenidos fueron bajos, viéndose más afectados el participante uno que su promedio fue de 5.8 y el participante seis con un promedio de 6.6, siendo los participantes dos, tres y cuatro quienes obtuvieron una calificación más alta de 7.5.

Aunado a lo anterior Pérez y Reyes (2005), mencionan que es en el caso de los niños abandonados, sobre todo en aquellos donde la carencia afectiva parte de los primeros años de vida, quienes se caracterizan por tener un bajo nivel intelectual y debilidad de la memoria. Tal es el caso del participante uno,

---

quien como sus características lo describen es uno de los participantes que cuenta con mayor número de años de institucionalización.

Así, los resultados a las respuestas del cuestionario previos a la implementación del programa fueron los siguientes: de las tres áreas en las cuales se basó el cuestionario el área cognitiva fue la que resulto ser más baja, pues en las respuestas que dieron los participantes estos no lograron identificar los síntomas internos y externos que la expresión de enojo producía en su organismo, así las respuestas que emitían más bien eran en relación al área conductual a lo que hacían si se sentían enojados, expresando así las conductas agresivas que ellos mismos realizaban. Por último, en lo que respecta al área emocional los participantes si lograban identificar situaciones de por qué se podían sentir enojados. Lo anterior se apoya de lo observado por Tizard y Rees (1975), donde mencionan que el desarrollo del niño abandonado y que por tanto, ha sido sometido a una institución resulta patológico dándose una falta de integración entre las competencias cognitiva, social y emocional, lo que permite a las personas adaptarse a un determinado estadio. Sumándose a esto otras variables como el tiempo de institucionalización y la calidad de apego con las cuidadoras y educadoras (Maclean, 2003).

Dado lo anterior, se desprende que la mayoría de las variables propias de la institucionalización que ejercen efectos negativos en el desarrollo del niño, tienen que ver con la carencia de las relaciones afectivas estables y continuas. Siendo la falta de vínculos estables en las condiciones de institucionalización los que generan en el desarrollo humano los problemas conductuales.

Si volvemos a observar la gráfica 8, se puede ver un aumento significativo en la adquisición de conocimientos durante la implementación del programa, pues todos los participantes elevan su promedio, lo cual se debe a una serie de factores que como mencionan Provence y Lipton 1972 (citados en Bronfembrener, 1979), los menores que sufren las carencias de la institucionalización como: un espacio socio-físico empobrecido y la falta de las relaciones afectivas constantes con las cuidadoras y educadoras producen retrasos y perturbaciones en el desarrollo del niño, sin embargo estos muestran adelantos sorprendentes cuando se les concede el beneficio de una buena atención al observarlos más de cerca.

En lo que respecta a los resultados posteriores a la implementación del programa estos mejoraron notoriamente con respecto a las tres áreas, pues los niños reconocían e identificaban claramente los síntomas de alerta de la emoción de enojo, que era uno de los objetivos que se buscaba con la

---

implementación del programa, así mismo en lo referente a las áreas emocional y conductual daban respuestas correctas, más sin embargo ellos mencionaban ya no realizar esas conductas y por lo tanto ya no sentirse enojados, esto se debe a que con la intervención del programa ya se habían logrado disminuir las conductas agresivas en los menores y por lo tanto los conocimientos con respecto a estas áreas de desarrollo mejoraron notoriamente, que era el objetivo con el cual se elaboró este cuestionario.

El objetivo primordial de la modificación de conducta es promover el cambio a través de técnicas de intervención psicológicas para mejorar el comportamiento de las personas, de forma que desarrollen sus potencialidades y las oportunidades disponibles en su medio, optimicen su ambiente, y adopten actitudes, valoraciones y conductas útiles para adaptarse a lo que no puede cambiarse (Bravo, 2006).

Walter y Shea (2002), mencionan que para la realización de un programa de modificación de conducta es necesario realizar un diagnóstico del niño el cual consta de dos partes: en la primera se observa al niño y se evalúan las conductas básicas, habilidades sociales y de adaptación, habilidades académicas y conductas problema. En la segunda parte es una entrevista con los padres lo cual permite complementar la información obtenida en la primera parte.

De lo anterior se desprende el tercer objetivo de la investigación, el cual consistió en la *elaboración de un "Catalogo de conductas agresivas" con categorías mutuamente excluyentes y exhaustivas*, y que por lo tanto permitió cumplir con el siguiente objetivo *identificar las conductas agresivas predominantes en cada menor*. El catalogo estuvo conformado por 7 conductas agresivas, claramente definidas y ejemplificadas para facilitar la observación y el registro de las mismas a la educadora y a la psicóloga para identificar a los participantes como agresivos. De este modo, para complementar la información del diagnóstico se hizo uso del expediente clínico y del auto-reporte del niño.

La observación de conductas se realizó dentro del salón de clases y durante la actividad académica, por ser uno de los espacios donde los niños presentaban con mayor frecuencia un comportamiento agresivo como causa de las carencias del espacio donde llevan a cabo la realización de sus tareas, como lo eran: la falta de mobiliario sillas, mesas o el material empleado para cada una de sus actividades. Así como la falta de atención constante e individualizada que la educadora proporcionaba a los menores. Como menciona Bronfembrener (1979), que un ambiente institucional resulta más perjudicial



---

para el desarrollo del niño si este ofrece *pocas posibilidades para la interacción del niño con la educadora* y si *el entorno físico restringe las oportunidades de locomoción* y por lo tanto, contiene pocos objetos que el niño puede utilizar durante la actividad académica. Asimismo, otra de las variables que influye en el comportamiento inadecuado de los menores tiene que ver con la calidad del vínculo que las educadoras desarrollan con los niños (Maclean, 2003).

En un estudio realizado por Tizard y Rees (1975), sobre el comportamiento en clase con niños de ocho años de edad y una experiencia de institucionalización en comparación con niños que habían sido educados en el hogar, los resultados mostraron que los primeros se caracterizaban por presentar una conducta antisocial y se les describía como: inquietos, no agradables con sus pares, irritables, buscaban llamar la atención, desobedientes, mentían con frecuencia y se mostraban resentidos o agresivos cuando se les corregía.

De acuerdo con las observaciones realizadas y los datos proporcionados de los expedientes clínicos las conductas agresivas que permitieron identificar y diagnosticar a los participantes como agresivos y que por lo tanto, fueron el objetivo a disminuir con la intervención del programa fueron: los insultos, los golpes, las discusiones, los accesos de cólera y los actos de desobediencia.

Para lo cual surge el cuarto objetivo de la investigación que consistió en la *implementación del programa de estrategias cognitivo – conductuales para disminuir conductas agresivas*. Los resultados obtenidos se detallan a continuación en base al diseño A-B-A con el cual se efectuó la investigación.

El análisis de los datos en términos grupales conforme al diseño A-B-A permitió corroborar que hubo una modificación en las conductas de los participantes debido a la intervención del programa. En la gráfica 1 se puede observar como los participantes previo a la implementación del programa (Fase A) mostraron una tasa de respuesta elevada respecto a la ejecución de conductas agresivas de 17.5 con una media de 3.5, siendo las conductas características de su comportamiento agresivo los insultos (Ig), golpes (G), molestar (M), las discusiones (Ds), los accesos de cólera (Ac) y los actos de desobediencia (Ad), presentándose esta última con una mayor frecuencia en todos los participantes. Esto se debe a que como lo menciona Mardomingo 1981, (citado en Jiménez y cols., 1986), sobre la repercusión que tiene la institucionalización sobre el desarrollo normal del niño, donde ha logrado detectar que las circunstancias ambientales propias de la institución producen un progresivo deterioro de la conducta, así cuanto más pequeño es el niño y más largo es el tiempo de institucionalización, más deterioro produce en su conducta y formación. Como

---

es el caso de los participantes quienes cuentan con un periodo prolongado de institucionalización.

Así, lo demostraron los primeros estudios sobre institucionalización realizados por Tizard & Rees (1975), donde mencionan que los niños institucionalizados (y posteriormente adoptados) tienden a presentar problemas de conducta, revelando un patrón de problemas externalizantes (conductas agresivas e impulsividad) e internalizantes (problemas afectivos, ansiedad, problemas somáticos). Es aquí donde nuevamente se confirma que una de las principales variables que se relacionan con la aparición de estos problemas es el tiempo de institucionalización (Ames, 1997).

Durante la implementación del programa (Fase B), se pudo observar un decremento estadístico significativo en las conductas agresivas de los participantes, pues la tasa de respuesta obtenida fue de 6.64 con una media de 1.32, con lo cual se puede afirmar que el programa de estrategias cognitivo-conductuales para disminuir conductas agresivas tuvo un impacto significativo en cada uno de los participantes, pues su comportamiento agresivo logro disminuir e incluso desaparecer conductas hasta en más de un 50% en comparación con la tasa de respuesta obtenida en la primera fase de evaluación. Así mismo, se observa cómo es que a partir de la sesión cinco los niños comienzan a adquirir y por lo tanto a ejecutar otras conductas alternativas para enfrentar las situaciones que les inducen a actuar de manera agresiva, tales como: ejercicios de relajación o respiración y conductas asertivas.

Finalmente, durante el seguimiento (Fase A) tres semanas después de que se había llevado a cabo la intervención del programa, los datos obtenidos fueron los siguientes: se obtuvo una tasa de respuesta de 13.3 con una media de 2.7, lo cual muestra que esta incremento un poco en comparación con la obtenida durante la fase B de intervención que fue de 6.64 con una media de 1.32, y decremento en comparación de la primera fase A de evaluación previa a la aplicación del programa que fue de 17.5 con una media de 3.5. Con lo anterior se concluye que además de que el programa tuvo un impacto en la disminución de las conductas agresivas de cada uno de los participantes, no solo estas lograron disminuir sino también eliminarse por completo, sustituyéndose estas conductas por las conductas alternativas que les fueron enseñadas durante la implementación del programa, como: conductas de asertividad, ejercicios de respiración y relajación y la técnica de control del enojo.

---

De igual manera, se pudo comprobar lo mencionado por Calderón (2001), que los procedimientos cognitivo-conductuales no solo se enfocan al control de la impulsividad y disminución de las conductas oposicionistas-desafiantes o agresivas, sino que también se dirigen a la mejora en el rendimiento académico y las habilidades sociales. Al respecto las educadoras indicaban que habían notado un mejoramiento en el comportamiento de los niños, pues los notaban más tranquilos y se mostraban más interesados en la realización de sus actividades escolares presentado así periodos de atención y concentración más largos e incluso mencionaron que el rendimiento escolar de los menores había mejorado lo que se había notado en el resultado de sus calificaciones.

Frankel, Myatt, Cantwell & Feinberg (1997), indican que los programas de modificación de conducta persiguen el objetivo de que el niño sea capaz de alcanzar por sí mismo una total *autonomía en la regulación de su comportamiento* (autocontrol, adaptación a las normas sociales, etc.), una *autonomía física* (hábitos de la vida diaria, orden, colaboración, etc.), una *autonomía cognitiva* (mejorar la capacidad para separar la información relevante de la irrelevante, auto-evaluación de su rendimiento o conducta, auto-corrección, selección de las estrategias de actuación más adecuadas para la situación concreta, etc.) y una *autonomía emocional* (independencia de los adultos, mejora de su autoestima y relaciones interpersonales satisfactorias).

Cabe mencionar que no en todos los casos la implementación del programa tuvo impacto en la modificación de conductas, tal es el caso de los participantes uno y cuatro. A continuación, se describen los resultados que de manera individual se obtuvieron con estos participantes de acuerdo con el diseño A-B-A, así como la descripción del comportamiento de las conductas agresivas durante la intervención del programa.

El participante uno fue diagnosticado como agresivo por presentar las siguientes conductas agresivas: insultos (Ig), molestar (M), pleitos (P), discusiones (Ds), accesos de cólera (Ac) y con mayor frecuencia actos de desobediencia (Ad). De acuerdo con los resultados obtenidos en base al diseño A-B-A que se muestran en la tabla 2, el participante uno en la (fase A) presentó una tasa de respuesta inicial de 1.75 en la ejecución de conductas agresivas. Durante la (fase B) con la implementación del programa se puede observar un mínimo decremento de estas conductas, pues presentó una tasa de respuesta de 1.66 De este modo se puede observar el comportamiento de sus conductas agresivas durante la implementación del programa en la gráfica 7 donde la conducta agresiva predominante fueron los insultos (Ig) y se puede ver como

---

los golpes (G), molestar (M), pleitos (P), discusiones (Ds) y accesos de cólera (Ac) los presentó en una sola ocasión. Finalmente en la (fase A) posterior a la aplicación del programa, se observa como la tasa de respuesta incremento significativamente en comparación con la (fase A) previa y la (fase B) de intervención, pues obtuvo una tasa de respuesta de 2.75. De lo anterior se concluye que el participante uno volvió a presentar un comportamiento agresivo e incluso mayor posterior a la implementación del programa, lo cual se apoya con las características del comportamiento con el cual fue diagnosticado como agresivo, además de ser el participante que presentó un mayor número de conductas agresivas de acuerdo con el catalogo conductual.

En lo que respecta al participante cuatro, fue diagnosticado por presentar las siguientes conductas agresivas: insultos (Ig), molestar (M), discusiones (Ds), accesos de cólera (Ac) y actos de desobediencia (Ad), siendo las dos últimas conductas las más características de su comportamiento agresivo. De acuerdo con los resultados del diseño A-B-A, el participante 4 durante la (fase A) presentó una tasa de respuesta inicial de 4.74 en lo que respecta a la ejecución de conductas agresivas, elevada en comparación con los otros participantes. En la (fase B) con la implementación del programa se puede observar un decremento significativo de estas conductas, pues presentó una tasa de respuesta de 0.33 y por lo tanto fue el participante en el que la intervención del programa tuvo mayor impacto. En la gráfica 7 se puede observar el comportamiento de sus conductas agresivas durante la implementación del programa, en la cual se ve que las conductas predominantes fueron las discusiones (Ds) y los actos de desobediencia (Ad), viéndose en menor proporción los insultos (Ig), molestar (M) y los accesos de cólera (Ac), no presentando en ninguna ocasión pleitos (P). Por ultimo en la (fase A) la ejecución de conductas agresivas posterior a la aplicación del programa, se observa como la tasa de respuesta incremento significativamente en comparación con la (fase B) de intervención, y por lo tanto se igualo con la (fase A) previa a la implementación del programa, pues volvió a presentar una tasa de respuesta de 4.75. Concluyendo así que el participante cuatro volvió a presentar un comportamiento agresivo posterior a la implementación del programa, lo cual se apoya con las características del comportamiento con el cual fue diagnosticado como agresivo.

A lo anterior se suman las características propias de los participantes, como el que fueron abandonados a una edad temprana, están diagnosticados con hiperactividad, estar bajo tratamiento médico y por ende ser uno de los participantes con mayor tiempo de institucionalización. Mismo que se apoya

---

de lo mencionado por Maclean (2003), que el *tiempo de institucionalización* es una de las principales variables que suele aparecer como significativa a la hora de evaluar los efectos de la institucionalización en el desarrollo del niño, es decir, que a mayor tiempo de institucionalización, más daño, más permanente y más reversible.

Bronfembrener (1979), por su parte establece en una de sus hipótesis la relación que existe entre la edad de la institucionalización y la probabilidad de que se produzcan efectos perturbadores, a largo plazo sobre el desarrollo. Mencionando en ella que los efectos perjudiciales a largo plazo de un ambiente institucional física y socialmente empobrecido disminuyen según la edad del niño en el momento del ingreso, así cuanto más tarde ingresa el niño en una institución, mayores probabilidades tendrá de recuperarse de cualquier perturbación evolutiva después de su salida de la institución. Los efectos más serios y perdurables son más probables entre los bebés institucionalizados durante los primeros seis meses de vida, antes de que el niño sea capaz de desarrollar un fuerte apego emocional hacia uno de sus padres o algún otro cuidador.

Todo lo anterior es un argumento de que una situación persistente de maltrato o abandono se asocia a una mayor problemática en el niño que se extenderá a lo largo del tiempo. Pues se puede observar que el desarrollo del niño abandonado y que por lo tanto ha sido sometido a una institución puede resultar patológico dándose una falta de integración entre las competencias cognitiva, social y emocional que permiten a las personas adaptarse a un determinado estadio. Asimismo, analizando las posibles variables que afectan e influyen en estos problemas nuevamente se cuenta que el tiempo de institucionalización, la calidad de apego con las educadoras o cuidadoras dentro de la institución y la calidad del ambiente familiar adoptivo explican gran parte de la aparición y permanencia de todos estos problemas conductuales.

En base a los resultados obtenidos de la intervención se concluye que el programa para la modificación de conducta con estrategias cognitivo-conductuales como: la relajación, auto-control de la ira, reforzamiento positivo, economía de fichas, entre otras, resultó eficaz en la regulación del comportamiento de los participantes, logrando disminuir las conductas agresivas en cada uno de ellos, mejorando así su capacidad de autocontrol y adaptación a las normas sociales; así como también en los hábitos de la vida diaria de los participantes como el orden y la colaboración.

---

Además se logró una autonomía cognitiva en cada uno de ellos, mejorando la capacidad de separar información relevante de la irrelevante, y que por lo tanto lograran hacer una auto-evaluación de su rendimiento o conducta y una auto-corrección de la misma, para de esta forma realizar la selección de las estrategias de actuación más adecuadas para situaciones concretas. Por último, también se logró una autonomía emocional, es decir hubo un mejoramiento en su autoestima y relaciones interpersonales satisfactorias con sus pares y educadoras.

De este modo se da respuesta a la pregunta de investigación de la siguiente manera: un programa de estrategias cognitivo-conductuales influye significativamente en la disminución de conductas agresivas de niños abandonados e institucionalizados.

Cabe mencionar que una de las limitantes que se presentó con mayor frecuencia durante la implementación del programa fue el tiempo proporcionado por la institución por horarios establecidos dentro de ella. Es por eso que la intervención fue breve debido a que los menores por ser institucionalizados están expuestos a constantes cambios en sus actividades rutinarias, pues con frecuencia tenían salidas a convivencias, paseos, revisiones ortopédicas, de odontología, paidopsiquiatría, entre otras. Lo cual no permitía llevar a cabo las sesiones de manera grupal con todos participantes, por lo que se tenía que efectuar la sesión de manera individual y en periodos de tiempo muy cortos debido a que los niños tenían que interrumpir algunas otras de sus actividades para poder llevarla a cabo, lo cual generaba en ellos una especie de ansiedad porque sabían que tenían que concluir con sus demás actividades y esto hacía que prestaran en ocasiones menos interés a lo que se les enseñaba.

Como ya se sabe la institucionalización de los niños a una edad temprana produce un debilitamiento de la función psicológica y del desarrollo. De tal manera, que para prevenir y mejorar los efectos que produce el tiempo de institucionalización en los niños abandonados en su comportamiento es importante tomar en cuenta lo siguiente: colocar al niño en un ambiente que incluya un entorno físico que le ofrezca oportunidades para su locomoción y que por tanto contenga objetos que pueda utilizar en la actividad espontánea, así como el que exista un mayor número de mobiliario dentro de los salones de clase.

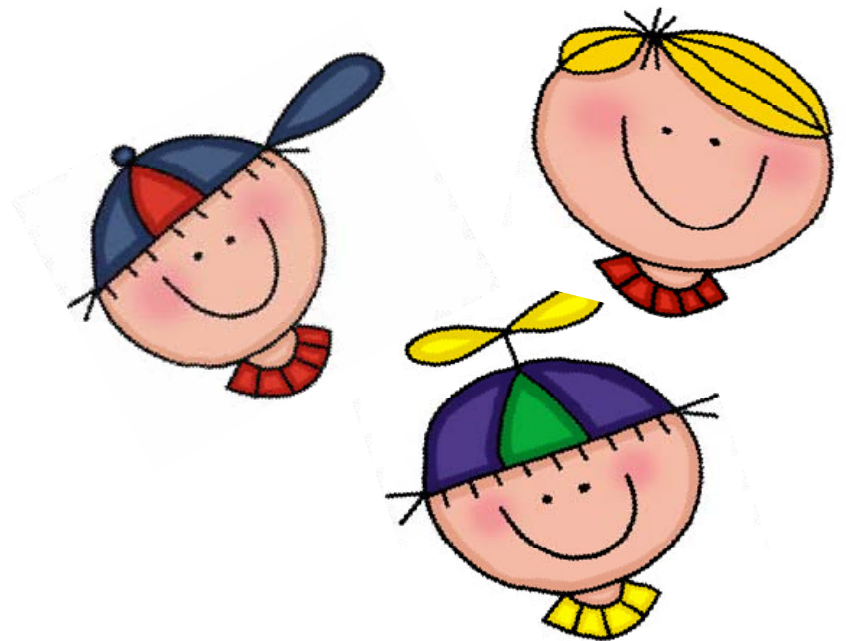
Del mismo modo, se propone la disponibilidad de cuidadoras o educadoras para que puedan interactuar con los niños en una variedad de actividades y de este modo se fortalezcan los vínculos afectivos. Es recomendable también

---

reducir el número de alumnos dentro de los salones de clase para que de este modo exista una mejor calidad de atención por parte de las educadoras con los niños y una mayor atención a sus demandas. Además se recomienda la aplicación de talleres o cursos constantes para las cuidadoras y educadoras sobre el manejo y control de los niños con problemas de conducta. De esta manera si son tomadas en cuenta las anteriores recomendaciones mejorara el tipo de vida de los menores dentro de una institución, disminuyendo en ellos las consecuencias que trae consigo el abandono infantil.



## REFERENCIAS





---

## **REFERENCIAS**

- Administration for Children and Families, Office of Planning, Research and Evaluation. (2004). **Children ages 3 to 5 in the child welfare system**. NSCAW Research Brief N°. 5. Washington, DC: Author.
- Ainsworth, M.D. (1962). **The effects of maternal deprivation: a review of findings and controversy in the context of research strategys, en Deprivation of maternal care: a re-assessment of its effects**. W.H.O. Public, Health Papers, nº 14, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Ames, E. (1997). **Development of Romanian orphanage children adopted to Canada**. Final Report to the Human Resources Development office, Ottawa, Canada.
- Ayala, H, Chaparro, A., Fulgencio, M., y Pedroza, F. (2000). **Resultados preliminares del proyecto estudio longitudinal del desarrollo de la conducta agresiva en niños y su relación con la conducta antisocial en la adolescencia**. Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 26 (1), 65-89.
- Baer, R. & Nietzel, M. (1991). **Cognitive and behavioral treatment of impulsivity in children: A meta-analytic review of the outcome literature**. Journal of Clinical Child Psychology, 20, 400-412.
- Bandura, A. (1974). **Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad**. Madrid: Alianza.
- Bandura, A. & Walters, R. (1963). **Social learning and personality development**. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bata, S. (2004). **Aplicación y evaluación de un programa de tratamiento del enojo y control de la agresión en niños de edad escolar**. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Battegay, R. (1981). **La agresión: ¿es un medio de comunicación?** Barcelona: Herder.

- 
- Bauer, W.D. y Twentyman, C.T. (1985). **Abusing, neglectful and comparison mothers' responses to child-related and non-child-related stressors.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53 (3), 335-343.
- Baumann, U. y Perrez, M. (1996). **Manual de psicología clínica.** Barcelona: Herder.
- Becerra, J.; García, J.; Sánchez, J. y Santiago, H. (2005). **Fundamentos de Metodología Experimental en Psicología.** Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Belsky, J. (1993). **Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis.** *Psychological Bulletin*, 114, 413-434.
- Berkowitz, L. (1962). **Aggression: asocial psychological analysis.** New York: McGraw-Hill.
- Bianco, F. (1998). **Educación para padres.** Caracas: Greco.
- Bowlby, J. (1951). **Maternal care and mental health.** Organización Mundial de la Salud.
- Bowlby, J. (1995). **Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría de apego.** *Psicología profunda.* Barcelona: Paidós.
- Bravo, A. (2006). **Efectos de un Programa de Modificación Conductual para el manejo de conductas agresivas en niños de educación inicial.** Trabajo Especial de Grado. República Bolivariana de Venezuela. Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas. Venezuela. Núcleo Zulia.
- Bronfenbrenner, V. (1968). **Early deprivation: a cross-species analysis, en Early experience and behavior.** G. Newton y S. Levine (comps.), Springfield, Illinois, Charles C. Thomas.
- Bronfenbrenner, V. (1979). **La ecología del desarrollo humano.** Barcelona: Paidós.
- Buss, A. (1961). **The psychology of aggression.** New York: Wiley.
- Calderón, C. (2001). **Resultados de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para niños con Trastorno por Déficit de atención con hiperactividad.** *Anuario de Psicología*, vol. 32, (4), 79-98.

- 
- Caraveo, J. y Anduaga, J. (2002). **Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México.** Salud Pública de México. 44 (6), 492 – 498.
- Cerezo, F. (1997). **Conductas agresivas en la edad escolar.** Madrid: Pirámide.
- Cerezo, F. (2006). **La violencia en las aulas. Análisis y propuestas de intervención.** Madrid: Pirámide.
- Cicchetti, D. y Rizley, R. (1981). **Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment.** New Directions for Child Development, 11, 31-55.
- CIE 10. (1992). **Trastornos mentales del comportamiento: pautas diagnósticas y de actuación en atención.** Madrid: Meditor.
- Clarke, A.M. y Clarke, A.D.B. (1976). **Early experiences myth and evidence.** Londres. Open Books.
- Crittenden, P. (1993). **An information processing perspective on the behavior of neglectful parents.** Criminal Justice and Behavior, 20, 27-49.
- De Bellis, M. & Thomas, L. (2003). **Biologic findings of post-traumatic stress disorder and child maltreatment.** Current Psychiatry Repots, 5, 108-117.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos. (2003). **National Survey of Child and Adolescent Well-Being: One year in foster care wave 1 data analysis report.** Encontrado el 27 de noviembre de 2009 en: [www.acf.hhs.gov/programs/opre/abuse\\_neglect/nscaw/reports/nscaw\\_oyfc/oyfc\\_title.html](http://www.acf.hhs.gov/programs/opre/abuse_neglect/nscaw/reports/nscaw_oyfc/oyfc_title.html)
- Departamento de Salud y Servicios Humanos (2008). **Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect.** Encontrado el 20 de noviembre de 2009 en: [www.childwelfare.gov/pubs/factsheets/long\\_term\\_consequences.cfm](http://www.childwelfare.gov/pubs/factsheets/long_term_consequences.cfm)
- Dodge, K., Petit, G., Mc Claskey and Brown, M. (1986). **Social competence in children.** Monographs of the Society for Research in Child Development. Vol. 5 (2, Serial No. 273).
- Dollard, J., Doob, L., Miller, N., Mowrer, O. & Sears, R. (1939). **Frustration and aggression.**

- 
- Dube, S., Anda, R., Felitti, V., Chapman, D., Williamson, D. & Giles, W. (2001). **Childhood abuse, household dysfunction and the risks of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study.** *Journal of the American Medical Association*, 286, 3089-3096.
- Dubowitz, H., Papas, M., Black, M. & Starr, R. (2002). **Child neglect: Outcomes in high-risk urban preschoolers.** *Pediatrics*, 109, 1100-1107.
- English, D., Widom, C. & Brandford, C. (2004). **Another look at the effects of child abuse.** *NIJ Journal*, 251, 23-24.
- Factor, D.C. y Wolfe, D.A. (1990). **Parental psychopathology and High-risk children.** En R.T. Ammerman y M. Hersen (Eds.): *Children at risk. An evaluation of factors contributing to child abuse and neglect.* New York: Plenum Press.
- Fajardo, V. y Hernández, L. (2008). **Tratamiento Cognitivo – Conductual de la Conducta Agresiva Infantil.** *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*. 2 (34), 371-389.
- Feshbach, S. (1964). **The function of aggression and the regulation of aggressive drive.** *Psychological Review*, 71, 257-272.
- Fisher, L., Ames, E., Chisholm, K. & Savoie, L. (1997). **Problems reported by parents of Romanian orphans adopted to British Columbia.** *International Journal of Behavioral Development*, (20), 67 – 83.
- Flores, I. (1996). **DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.** Barcelona: Masson.
- Flores, P., Jiménez, J., Salcedo, A. y Ruiz, C. (2009). **Agresividad Infantil. Bases psicopedagógicas de la educación especial.** 2º Magisterio. Ed. Primaria.
- Fraiberg, S.H. (1977). **Every child's birthright: in defense of mothering.** Nueva York. Basic Books.
- Frankel, F., Myatt, R., Cantwell, D.P. & Feinberg, D. (1997). **Parent-assisted transfer of children social skills training: Effects on children with and without attention-deficit hyperactivity disorder.** *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1056-1064.

- 
- Freud, S. (1980). **Una teoría sexual y otros ensayos: cinco conferencias sobre psicoanálisis; los sueños; más allá del principio del placer.** México: Iztaccihuatl.
- Freud, S. (1999). **Tres ensayos de teoría sexual y otros escritos.** Madrid: Alianza.
- Gabarino, J. y Kostelny, K. (1992). **Child maltreatment as a community problem.** *Child Abuse and Neglect*, 16, 445-464.
- García, G. y Nicolau, R. (2001). **Actualizaciones en el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.** Aula Médica. Año III, nº 3.
- Gil, D.G. (1970). **Violence against children.** Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Goldfarb, W. (1943a). **The effects of early institutional care on adolescent personality.** *Journal of Experimental Education*, 12, 129-160.
- Hernández, E. (2009). **Conductas Agresivas en la Infancia.** Caracas Venezuela. Staff de Zona Pediátrica.
- Heinicke, C. (1956). **Some effects of separating two-year-old children from their parents: a comparative study.** *Human Relations*.
- Hanke, B. y Huber, G. (1979). **El niño agresivo y desatento.** Buenos Aires: Kapelusz.
- Hernández, N. (2009). **Factores familiares que influyen en el desarrollo de la conducta agresiva durante la niñez intermedia.** Tesis de Licenciatura. Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Herrenkohl, R.C., Herrenkohl, E.C. y Egolf, B.P. (1983). **Circumstances surrounding the occurrence of child maltreatment.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (3), 424-431.
- Hillson, J.M. y Kuiper, N.A. (1994). **A stress and coping model of child maltreatment.** *Clinical Psychology Review*, 14, 261-285.
- Hinshaw, S. & Erhardt, D. (1991). **Attention-deficit hyperactivity disorder.** En P.C. Kendall (Ed.), **Child and adolescent therapy. Cognitive-behavioral procedures** (pp-98- 130). New York: Guilford Press.

- 
- Hugues, J. (1988). **Cognitive behavioral therapy with children in schools**. New York: Pergamon Press.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), Dirección General de Estadística. **Indicadores seleccionados sobre maltrato infantil, 1995 a 2004**. México: 2005.
- Jiménez, M., López, C., Jiménez, A., González, J. y Gómez, M. (1986). **Valoración de la Agresividad en niños institucionalizados mediante el test proyectivo P. N.** Anales de Psicología. Vol. 3, 7–19.
- Johnson, R., Rew, L. & Sternglanz, R. (2006). **The relationship between childhood sexual abuse and sexual health practices of homeless adolescents**. *Adolescence*, 41 (162), 221-234.
- Johnson, C., Kliegman, R., Behrman, R., Jenson, H. y Stanton, B. (2007). **Maltrato Psicológico y Abandono Infantil**. México: Textos de Pediatría.
- Kassinove, H, Eckhardt, C. & Endes, R. (1993). **Assessing the intensity of “appropriate” and “inappropriate” emotions in rational-emotive therapy**. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 7, 227-238.
- Kazdin, A. (2000). **Modificación de la Conducta y sus Aplicaciones Prácticas**. México: Manual moderno.
- Kadzin, A., Siege, T. & Bass, D. (1992). **Cognitive problem-solving skills training and parent management is training in the treatment of antisocial behavior in children**. *Journal of Consultina and Clinical Psychology*, 6, 733-747.
- Kavale, K., Mathur, S., Forness, S., Rutherford, R., & Quinn, M. (1997). **Effectiveness of social skills training for students with behavior disorders: A meta-analysis**. *Advances in Learning and Behavioral Disabilities*, 11, 1-26.
- Kelley, B., Thornberry, T. & Smith, C. (1997). **In the wake of childhood maltreatment**. Washington, DC: Instituto Nacional de Justicia. Encontrado el 29 de Noviembre de 2009 en: [www.ncjrs.gov/pdffiles1/165257.pdf](http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/165257.pdf)

- 
- Kendall, P., Padever, W. & Zupan, B. (1980). **Developing self-control in children. A manual of cognitive- behavioral strategies.** Minneapolis. Minnesota: University of Minnesota.
- Lecannelier, F. (2006). **Efectos de la separación temprana: “una mirada desde los procesos de institucionalización”.** Fundación San José. Disponible en:  
[www.fundacionsanjose.cl/wfsj/publicaciones/Felipe%20Lecannelier%20-%20Efectos%20de%20la%20separacion%20tem.prana.pdf](http://www.fundacionsanjose.cl/wfsj/publicaciones/Felipe%20Lecannelier%20-%20Efectos%20de%20la%20separacion%20tem.prana.pdf)
- Larrance, D.T. y Twentyman, C.T. (1983). **Maternal attributions and child abuse.** *Journal of Abnormal Psychology*, 92 (4), 449-457.
- Lewin, K. (1973). *Dinámica de la personalidad.* Madrid: Morata.
- Lindgren, H.C. y Byrne, D. (1977). **Tratado sobre las ciencias de la conducta.** Barcelona: Labor.
- Lorenz, K. (1972). **Sobre la agresión: el pretendido mal.** México: Siglo XXI
- Macleon, K. (2003). **The impact of institutionalization on child development.** *Development and Psychopathology*, (15), 853 – 884.
- Magda, A. (1970). **Emoción y personalidad.** Buenos Aires: Losada.
- Mardomingo, M.J. (1981). **Evolución del concepto de “Institución”.** Simposio de Pediatría Social. Santa Cruz de Tenerife.
- Meichenbaum, D. y Goodman, J. (1981). **Entrenar a niños impulsivos a hablarse a sí mismos: un método para desarrollar el autocontrol.** En Ellis, E. y Grieger (Eds.), *Manual de terapia racional-emotiva* (pp. 397-414). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Melero, J. (1993). **Conflictividad y violencia en los centros escolares.** Madrid: Siglo XXI.
- Méndez, L. y González, L. (2002). **Descripción de patrones de apego en menores institucionalizados con problemas conductuales.** *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. Vol. XI, (002). Pág. 75 – 92.
- Milner, J.S. (1995). **La aplicación de la teoría del procesamiento de la información social al problema del maltrato físico a niños.** *Infancia y Aprendizaje*, 71, 125-134.

- 
- Miranda, A., y Presentación, M. (2000). **Efectos de un tratamiento cognitivo – conductual en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, agresivos y no agresivos.** Cambio clínicamente significativo. *Fundación Infancia y Aprendizaje*. 91, 51 – 70.
- Moreno, J. M. (2006). **Revisión de los principales Modelos Teóricos Explicativos del Maltrato Infantil.** *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11 (002), 271-292.
- Moser, G. (1992). **La agresión.** México: Cruz.
- Musitu, G., Clemente, A., Escarti, A., Ruipèrez, A. y Roman, J. M. (1990). **Agresión y Autoestima en el niño institucionalizado.** Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. *Cuadernos de Psicología*. Vol. 231. 231 – 250.
- Nicolau, R. y García, G. (2002). **Terapia cognitivo conductual** *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Número Especial, Volumen 19. 1130-9512.
- Páez, F., Licon, E., Fresán, A., Apiquian, R., Estrella, M., Gracia-Anaya, M., et al. (2002). **Estudio de validez y confiabilidad de la escala de agresividad explícita en pacientes psiquiátricos.** *Salud Mental*, 25 (6), 21-26.
- Pacheco, A. (2001). **Entrenamiento en habilidades sociales y de entrada a un grupo para niños que presentan conducta agresiva y son rechazados por sus pares.** Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Parke, R. D. y Colmer, C. W. (1975). **Child abuse: an interdisciplinary analysis.** En E. Hetherington (Ed.): *Review of child development research* (pp. 509-590). Chicago: University of Chicago Press.
- Patterson, Capaldi y Bank. (1981). **Estudio sobre los factores de riesgo y protección de la conducta antisocial en adolescentes.**
- Patterson, G., (1982). **Coercive family process.** Eugene, OR: Castalia.
- Pereida, M. (2006). **El Niño Abandonado. Familia, afecto y equilibrio personal.** México: Trillas.
- Pérez, E. y Reyes, J. (2005). **Niños abandonados en la casa cuna Tlalpan. Tesina.** Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa.



---

División de Ciencias Sociales y Humanidades. Coordinación de Sociología. México.

Periódico Milenio. Viernes 20 de Noviembre de (2009). **México, segunda nación con más huérfanos en América Latina.** Encontrado el 7 de mayo de 2010 en: <http://www.sipse.com/noticias/20664-mexico-segunda-nacion-huerfanos--.html>

Polansky, N.A. (1985). **Determinants of loneliness among neglectful and other lowincome mothers.** Journal of Social Service Research, 8, 1-15.

Polansky, N. A., De Saix, C. y Sharlin, S. A. (1972). **Child neglect. Understanding and reaching the parent.** Washington, D. C.: Child Welfare League of America.

Pfiffner, L. & McBurnett, K. (1997). **Social skills training with parent generalization: Treatment effects for children with attention deficit disorder.** Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 749-757.

Prevent Child Abuse New York. (2003). **The cost of child abuse and the urgent need for prevention.** Encontrado el 29 de noviembre de 2009 en: <http://pca-ny.org/pdf/canccost.pdf>

Pringle, M.I. y Bossio; B. (1958). **A study or deprived children.** Vita Humana, 1 65-92, 142-170.

Provence, S. y Lipton, R. (1962). **Infants in institutions.** International University Press. New York.

Renfrew, J. (2001). **La agresión y sus causas.** México: Trillas.

Rhule, D., Riksen, J. & Bakel, H. (2007). **Multiple determinants of behavior.** Professional Psychology: Research and Practice. 36 (6). 610 – 625.

Riber, E. (1994). **Técnicas de Modificación de Conductas.** México: Trillas.

Schore, A. (2003). **Early relational trauma, disorganized attachment, and the development of a predisposition to violence.** In Solomon, M. & Siegel, D. (Eds.). Healing trauma: Attachment, mind, body, and brain. New York, NY: Norton.

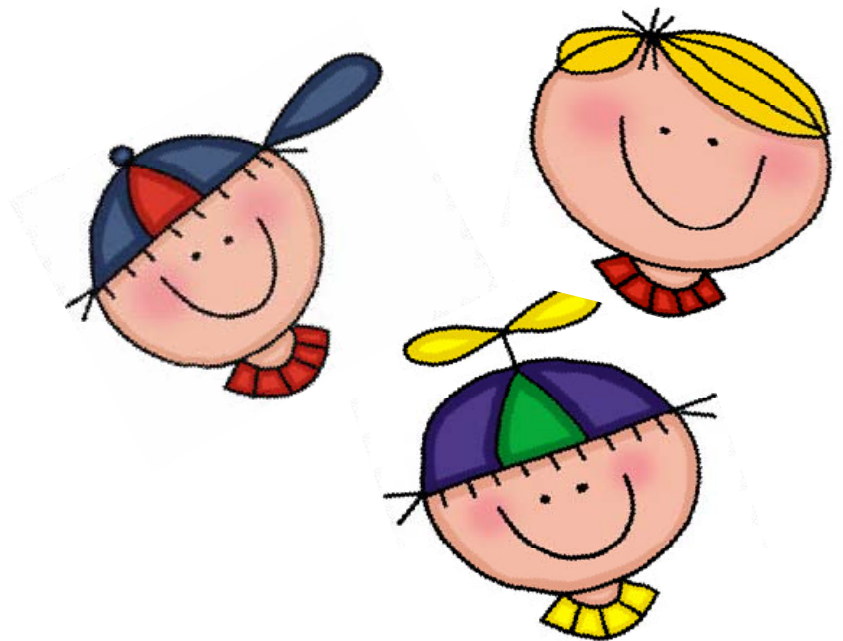
Semeekens, S., Riksen, J. & Barkel, H. (2007). **Multiple determinants of externalizing behavior in 5 years old. A longitudinal model.** Journal of Abnormal Child Psychology. 35. 347 – 341.

- 
- Serrano, I. (2004). **Agresividad infantil**. México: Pirámide.
- Silverman, A., Reinherz, H. & Giaconia, R. (1996). **The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study**. *Child Abuse and Neglect*, 20 (8), 709-723.
- Skinner, B.F. (1974). **Aprendizaje y Comportamiento**. Barcelona: Martínez Rocca.
- Spitz, R.A. (1954a). **Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood**. *Psycho conditions in early childhood*. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 153-172.
- Springer, K., Sheridan, J., Kuo, D. & Carnes, M. (2007). **Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women**. *Child Abuse & Neglect*, 31, 517-530.
- Stern, J. & Fodor, I. (1989). **Anger control in children: a review of social skills and cognitive behavioral approaches to dealing with aggressive children**. *Child & Family Behavior Therapy*, 11 (3 & 4), 1-20.
- Swan, N. (1998). **Exploring the role of child abuse on later drug abuse: Researchers face broad gaps in information**. *NIDA Notes*, 13 (2). Encontrado el 29 de noviembre de 2009 en la página del Instituto Nacional para el Abuso de Sustancias: [www.nida.nih.gov/NIDA\\_Notes/NNVol113N2/exploring.html](http://www.nida.nih.gov/NIDA_Notes/NNVol113N2/exploring.html)
- Taicher, M. (2000). **Wounds that time won't heal: The neurobiology of child abuse**. *Cerebrum: The Dana Forum on brain science*. 2 (4), 50-67.
- Tizard, B. & Rees, J. (1975). **The effect of early institutional rearing on the behavior problems and affectional relationship of four year old children**. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, (15), 51 – 77.
- Tymchuc, A.J. y Andron, L. (1990). **Mothers with mental retardation who do or do not abuse or neglect their children**. *Child Abuse and Neglect*, 14, 313-324.
- Vallés, A. (1999). **Desarrollando la inteligencia emocional**. Madrid: Pirámide.
- Vasta, R. (1982). **Physical child abuse: a dual-component analysis**. *Developmental Review*, 2, 125-149.

- 
- Walter, J. y Shea, T. (2002). **Manejo conductual: un enfoque práctico para educadores**. México: Manual moderno.
- Wertheimer, M. (1912). **Experimentelle studien uber das Sehen von Bewegung**. *Zeitsebrift fur Psychologie*, 61, 161-265.
- Widom, C., Shuck, A. & White, H. (2006). **An examination of pathways from childhood victimization to violence: the role of early aggression and problematic alcohol use**. *Violence and Victims*. 21 (6), 675 – 690.
- Wood, W., Wong, F. y Chachere, J. (1991). **Effects of media violence on viewer` aggression in unconstrained social interaction**. *Psychol Bull*.
- Wolfe, D. (1985). **Child abusive parents: an empirical review and analysis**. *Psychological Bulletin*, 97 (3), 462-482.
- Wolfe, D. (1987). **Child abuse: implications for child development and psychopathology**. London: Sage Publications.
- Wolock, I. y Horowitz, B. (1984). **Child maltreatment as a social problem: the neglect of neglect**. *American Journal of Orthopsychiatry*, 54 (4), 530-543.



## APÈNDICES



---









## APÈNDICE 1

### PERFILES AGRESIVOS DE LOS PARTICIPANTES

Los datos que permitieron identificar a los participantes como agresivos fueron obtenidos a través de cuatro vías y de acuerdo con el catálogo de conductas agresivas, mismas vías de información las cuales se describen a continuación:

- 1) Expediente clínico.
- 2) Lo reportado por la Educadora.
- 3) Lo observado por la Psicóloga.
- 4) El auto-reporte del niño.

Catálogo de conductas agresivas (Serrano, 2004 y Hernández, 2008).

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <br>Insultos    | <br>Golpes            | <br>Molestar               | <br>Pleitos         |
| <br>Discusiones | <br>Accesos de cólera | <br>Actos de desobediencia | <br>Otras conductas |



### Perfil Agresivo del participante 1

#### Expediente clínico:

De acuerdo con la información obtenida del expediente clínico, el participante 1 presentaba 5 de las 7 conductas agresivas que contiene el catálogo conductual (Serrano, 2004 y Hernández, 2008):

|    |   |   |    |    |
|----|---|---|----|----|
|    |   |   |    |    |
| Ig | M | P | Ds | Ac |

#### Educadora:

La educadora indico que el participante 1, presentaba 7 conductas agresivas:

|    |   |   |   |    |    |    |
|----|---|---|---|----|----|----|
|    |   |   |   |    |    |    |
| Ig | G | M | P | Ds | Ac | Ad |

#### Psicóloga:

La psicóloga indico que el participante 1, presentaba 5 conductas agresivas:

|    |   |    |    |    |
|----|---|----|----|----|
|    |   |    |    |    |
| Ig | M | Ds | Ac | Ad |

#### Auto-reporte del niño:













El participante 1 reporto 4 conductas agresivas:

|   |   |    |    |
|---|---|----|----|
|   |   |    |    |
| G | P | Ac | Ad |

En las siguientes tablas se muestra la comparación entre la información abstraída de las cuatro vías y en las cuales se puede observar el porcentaje de coincidencia entre los mismos.













#### Expediente clínico y Educadora:

Aquí, se puede observar que hubo una concordancia entre lo obtenido del expediente clínico y lo reportado por la educadora en un 71%, donde las conductas en las cuales coincidieron son las siguientes: insultos, molestar, pleitos, discusiones y actos de desobediencia.

|            |   |   |   |   |   |   |   |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Expediente |  |   |  |  |  |   |  |
|            | Ig  | G   | M   | P   | Ds  | Ac  | Ad  |
| Educadora  |  |  |  |  |  |  |  |
|            | Ig  | G   | M   | P   | Ds  | Ac  | Ad  |












#### Psicóloga y Educadora

En esta tabla se puede observar que hubo una concordancia entre lo observado por la psicóloga y lo reportado por la educadora en un 71%, donde las conductas en las cuales coincidieron fueron las siguientes: insultos, molestar, discusiones, accesos de colera y actos de desobediencia.

|           |   |   |   |   |  |   |   |
|-----------|---|---|---|---|--|---|---|
| Educadora |  |  |  |  |  |  |  |
|           | Ig  | G   | M   | P   | Ds   | Ac  | Ad  |
| Psicóloga |  |   |  |   |  |  |  |
|           | Ig  | G   | M   | P   | Ds   | Ac  | Ad  |










### Educadora y Niño

En la siguiente tabla se puede observar que la concordancia que hubo entre lo reportado por la educadora y el participante 1 fue de un 58%, donde las conductas en las que coincidieron son las siguientes: golpes, pleitos, accesos de cólera y actos de desobediencia.

|           |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|
| Educadora |  |  |  |  |  |  |  |
|           | Ig  | G   | M   | P   | Ds  | Ac  | Ad  |
| Niño      |   |  |   |  |   |  |  |
|           | Ig  | G   | M   | P   | Ds  | Ac  | Ad  |

### Psicóloga y Niño

En esta tabla se muestra que la concordancia entre lo reportado por la psicóloga y el participante 1 es del 80%, y que las conductas en las que coincidieron fueron: accesos de cólera y actos de desobediencia.

|           |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|
| Psicóloga |  |   |  |   |  |  |  |
|           | Ig  | G   | M   | P   | Ds  | Ac  | Ad  |
| Niño      |   |  |   |  |   |  |  |
|           | Ig  | G   | M   | P   | Ds  | Ac  | Ad  |





## Perfil Agresivo del participante 2

### Expediente clínico:

En el participante 2 se identificaron 4 conductas agresivas, las cuales se muestran a continuación:

|    |   |    |    |
|----|---|----|----|
|    |   |    |    |
| Ig | G | Ac | Ad |

### Educadora:

Sobre el participante 2 la educadora reporto que presentaba 5 de las conductas agresivas, las cuales se muestran a continuación:

|    |   |   |    |    |
|----|---|---|----|----|
|    |   |   |    |    |
| Ig | G | M | Ds | Ad |

### Psicóloga:

La psicóloga indico que el participante 2, presentaba 3 conductas agresivas:

|    |    |    |
|----|----|----|
|    |    |    |
| Ds | Ac | Ad |

### Auto-reporte del niño:










El participante 2 reporto 6 conductas agresivas:

|    |   |   |   |    |    |
|----|---|---|---|----|----|
|    |   |   |   |    |    |
| Ig | G | M | P | Ds | Ad |

En las siguientes tablas se muestra la comparación entre la información abstraída de las cuatro vías y en las cuales se puede observar el porcentaje de coincidencia entre los mismos.









#### Expediente clínico y Educadora:

En la siguiente tabla se puede observar que la concordancia entre lo obtenido del expediente clínico y lo reportado por la educadora fue de un 80%, donde las conductas en las cuales coincidieron fueron las siguientes: insultos, golpes, y actos de desobediencia.

|            |   |   |   |   |   |   |   |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Expediente |  |  |   |   |   |  |  |
|            | Ig  | G   | M   | P | Ds  | Ac  | Ad  |
| Educadora  |  |  |  |   |  |   |  |
|            | Ig  | G   | M   | P | Ds  | Ac  | Ad  |












#### Psicóloga y Educadora

En esta tabla se puede observar que la concordancia entre lo observado por la psicóloga y lo reportado por la educadora fue de un 60%, donde las conductas en las cuales coincidieron fueron las siguientes: discusiones y actos de desobediencia.

|           |   |   |   |   |  |   |   |
|-----------|---|---|---|---|--|---|---|
| Educadora |  |  |  |   |  |   |  |
|           | Ig  | G   | M   | P | Ds   | Ac  | Ad  |
| Psicóloga |   |   |   |   |  |  |  |
|           | Ig  | G   | M   | P | Ds   | Ac  | Ad  |










### Educadora y Niño

En la siguiente tabla se observa que entre lo reportado por la educadora y el participante 2 existe una concordancia del 83%, donde las conductas en las que coinciden fueron las siguientes: insultos, golpes, molestar, discusiones y actos de desobediencia.

|           |   |   |   |   |   |    |   |
|-----------|---|---|---|---|---|----|---|
| Educadora |  |  |  |   |  |    |  |
|           | Ig  | G   | M   | P   | Ds  | Ac | Ad  |
| Niño      |  |  |  |  |  |    |  |
|           | Ig  | G   | M   | P   | Ds  | Ac | Ad  |

### Psicóloga y Niño

Aquí, se puede observar que entre lo reportado por la psicóloga y el participante 2 existe una concordancia de un 50%, donde las conductas en las que coincidieron son: discusiones y actos de desobediencia.

|           |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|
| Psicóloga |   |   |   |   |  |  |  |
|           | Ig  | G   | M   | P   | Ds  | Ac  | Ad  |
| Niño      |  |  |  |  |  |   |  |
|           | Ig  | G   | M   | P   | Ds  | Ac  | Ad  |



### Perfil Agresivo del participante 3

#### Expediente clínico:

En el expediente clínico del participante 3 la información contenida indicó que presentaba 5 de las conductas agresivas:

|    |   |    |    |    |
|----|---|----|----|----|
|    |   |    |    |    |
| Ig | G | Ds | Ac | Ad |

#### Educadora:

En el caso del participante 3 la educadora indico que mostraba 5 conductas agresivas, las cuales se muestran a continuación:

|    |   |   |    |    |
|----|---|---|----|----|
|    |   |   |    |    |
| Ig | G | M | Ds | Ad |

#### Psicóloga:

La psicóloga indico que el participante 3, presentaba solo 1 conducta agresiva:

|    |
|----|
|    |
| Ad |

#### Auto-reporte del niño:











El participante 3 reporto 4 conductas agresivas:

|    |   |   |    |
|----|---|---|----|
|    |   |   |    |
| Ig | G | M | Ad |

En las siguientes tablas se muestra la comparación entre la información abstraída de las cuatro vías y en las cuales se puede observar el porcentaje de coincidencia entre los mismos.







#### Expediente clínico y Educadora:

En la siguiente tabla se puede observar que hubo una concordancia del 100% entre lo obtenido del expediente clínico y lo reportado por la educadora, donde las conductas en la que coincidieron son las siguientes: insultos, golpes, discusiones y actos de desobediencia.

|            |   |   |   |   |   |   |   |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Expediente |  |  |   |   |  |  |  |
|            | Ig  | G   | M   | P | Ds  | Ac  | Ad  |
| Educadora  |  |  |  |   |  |   |  |
|            | Ig  | G   | M   | P | Ds  | Ac  | Ad  |










#### Psicóloga y Educadora

En la tabla se puede observar que hubo una concordancia del 20% entre lo observado por la psicóloga y lo reportado por la educadora, donde la conducta en la cual coincidieron fue en actos de desobediencia.

|           |   |   |   |   |  |    |   |
|-----------|---|---|---|---|--|----|---|
| Educadora |  |  |  |   |  |    |  |
|           | Ig  | G   | M   | P | Ds   | Ac | Ad  |
| Psicóloga |   |   |   |   |  |    |  |
|           | Ig  | G   | M   | P | Ds   | Ac | Ad  |






### Educadora y Niño

En la ets atabla se observa que la concordancia entre lo reportado por la educadora y el participante 3 fue de un 80%, donde las conductas en las cuales coincidieron fueron: insultos, golpes, molestar y actos de desobediencia.

|           |   |   |   |   |   |    |   |
|-----------|---|---|---|---|---|----|---|
| Educadora |  |  |  |   |  |    |  |
|           | Ig  | G   | M   | P | Ds  | Ac | Ad  |
| Niño      |  |  |  |   |   |    |  |
|           | Ig  | G   | M   | P | Ds  | Ac | Ad  |

### Psicologa y Niño

La siguiente tabla muestra que de lo reportado por la psicologa y el participante 3 hay una concordancia del 25%, donde la conductas en la cual coincidieron fue en actos de desobediencia.

|           |   |   |   |   |    |    |   |
|-----------|---|---|---|---|----|----|---|
| Psicologa |   |   |   |   |    |    |  |
|           | Ig  | G   | M   | P | Ds | Ac | Ad  |
| Niño      |  |  |  |   |    |    |  |
|           | Ig  | G   | M   | P | Ds | Ac | Ad  |



### Perfil Agresivo del participante 4

#### Expediente clínico:

El participante 4 presentó 6 conductas agresivas de acuerdo con la información del expediente clínico las cuales se muestran a continuación:

|    |   |   |    |    |    |
|----|---|---|----|----|----|
|    |   |   |    |    |    |
| Ig | G | M | Ds | Ac | Ad |

#### Educadora:

En lo que respecta al participante 4, la educadora indica que manifestaba 6 de las conductas agresiva:

|    |   |   |    |    |    |
|----|---|---|----|----|----|
|    |   |   |    |    |    |
| Ig | G | M | Ds | Ac | Ad |

#### Psicóloga:

La psicóloga indico que el participante 4, presentaba 5 conductas agresivas:

|    |    |    |    |
|----|----|----|----|
|    |    |    |    |
| Ig | Ds | Ac | Ad |

#### Auto-reporte del niño:












El participante 4 reporto 6 conductas agresivas:

|    |   |   |   |    |    |
|----|---|---|---|----|----|
|    |   |   |   |    |    |
| Ig | G | M | P | Ac | Ad |

En las siguientes tablas se muestra la comparación entre la información abstraída de las cuatro vías y en las cuales se puede observar el porcentaje de coincidencia entre los mismos.











#### Expediente clínico y Educadora:

En esta tabla se puede observar que la concordancia entre lo obtenido del expediente clínico y lo reportado por las educadoras es de un 83%, donde las conductas en las cuales coincidieron fueron las siguientes: insultos, golpes, molestar, accesos de cólera y actos de desobediencia.

|            |   |   |   |   |   |   |   |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Expediente |  |  |  |   |   |  |  |
|            | Ig  | G   | M   | P | Ds  | Ac  | Ad  |
| Educadora  |  |  |  |   |  |  |  |
|            | Ig  | G   | M   | P | Ds  | Ac  | Ad  |

#### Psicóloga y Educadora















En la siguiente tabla se puede observar que la concordancia entre lo observado por la psicóloga y lo reportado por la educadora es de un 67%, donde las conductas en las cuales coincidieron fueron las siguientes: insultos, discusiones, accesos de cólera y actos de desobediencia.

|           |   |   |   |   |  |   |   |
|-----------|---|---|---|---|--|---|---|
| Educadora |  |  |  |   |  |  |  |
|           | Ig  | G   | M   | P | Ds   | Ac  | Ad  |
| Psicóloga |  |   |   |   |  |  |  |
|           | Ig  | G   | M   | P | Ds   | Ac  | Ad  |




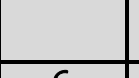
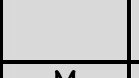
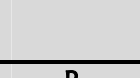










### Educadora y Niño

En la siguiente tabla se puede observar que de lo reportado por la educadora y el participante 4 existe una concordancia del 100%, donde las conductas en las cuales coincidieron fueron las siguientes: insultos, golpes, molestar, accesos de colera y actos de desobediencia.

|           |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|
| Educadora |  |  |  |  |  |  |  |
|           | Ig  | G   | M   | P   | Ds  | Ac  | Ad  |
| Niño      |  |  |  |  |   |  |  |
|           | Ig  | G   | M   | P   | Ds  | Ac  | Ad  |

### Psicóloga y Niño

En esta tabla se puede observar que existe una concordancia de un 66% entre lo reportado por la psicóloga y el participante 4, donde las conductas en la que coincidieron fueron las siguientes: insultos, accesos de colera y actos de desobediencia.

|           |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|
| Psicóloga |  |  |  |  |  |  |  |
|           | Ig  | G   | M   | P   | Ds  | Ac  | Ad  |
| Niño      |  |  |  |  |   |  |  |
|           | Ig  | G   | M   | P   | Ds  | Ac  | Ad  |



### Perfil Agresivo del participante 5

#### Expediente clínico:

En el expediente clínico del niño se reportó que las conductas agresivas del participante 5, sólo fueron 2, las cuales se muestran a continuación:

|    |    |
|----|----|
|    |    |
| Ds | Ad |

#### Educadora:

De las 7 conductas agresivas la educadora reporto que el participante 5 presentó 6 de ellas.

|    |   |   |    |    |
|----|---|---|----|----|
|    |   |   |    |    |
| Ig | G | M | Ds | Ad |

#### Psicóloga:

La psicóloga indico que el participante 5, presentaba 1 conducta agresiva:

|    |
|----|
|    |
| Ad |

#### Auto-reporte del niño:








El participante 5 reporto 4 conductas agresivas:

|    |   |   |    |
|----|---|---|----|
|    |   |   |    |
| Ig | G | M | Ad |

En las siguientes tablas se muestra la comparación entre la información abstraída de las cuatro vías y en las cuales se puede observar el porcentaje de coincidencia entre los mismos.







#### Expediente clínico y Educadora:

En la siguiente tabla se puede observar que existe concordancia del 40% entre lo obtenido del expediente clínico y lo reportado por la educadora, pues ambos lograron coincidir en dos conductas: discusiones y actos de desobediencia.

|            |   |   |   |   |   |    |   |
|------------|---|---|---|---|---|----|---|
| Expediente |   |   |   |   |  |    |  |
|            | Ig  | G   | M   | P | Ds  | Ac | Ad  |
| Educadora  |  |  |  |   |  |    |  |
|            | Ig  | G   | M   | P | Ds  | Ac | Ad  |










#### Psicóloga y Educadora

En esta tabla se puede observar que existe una concordancia del 20% entre lo observado por la psicóloga y lo reportado por la educadora, pues ambas coincidieron en una conducta: actos de desobediencia. En la tabla 12 se puede observar que la concordancia entre lo obtenido del expediente clínico y lo reportado por las educadoras es de un 20%, donde la conducta en la cual coincidieron fue en actos de desobediencia.

|           |   |   |   |   |  |    |   |
|-----------|---|---|---|---|--|----|---|
| Educadora |  |  |  |   |  |    |  |
|           | Ig  | G   | M   | P | Ds   | Ac | Ad  |
| Psicóloga |   |   |   |   |  |    |  |
|           | Ig  | G   | M   | P | Ds   | Ac | Ad  |






### Educadora y Niño

En la siguiente tabla se puede ver que hubo una concordancia del 80% entre lo reportado por la educadora y el participante 5, donde las conductas en las que coincidieron son: insultos, golpes, molestar y actos de desobediencia.

|           |   |   |   |   |   |    |   |
|-----------|---|---|---|---|---|----|---|
| Educadora |  |  |  |   |  |    |  |
|           | Ig  | G   | M   | P | Ds  | Ac | Ad  |
| Niño      |  |  |  |   |   |    |  |
|           | Ig  | G   | M   | P | Ds  | Ac | Ad  |

### Psicóloga y Niño

En esta tabla se puede observar que entre lo reportado por la psicóloga y el participante 5 la concordancia es de un 25%, donde la conducta en la que coincidieron fue en actos de desobediencia.

|           |   |   |   |   |    |    |   |
|-----------|---|---|---|---|----|----|---|
| Psicóloga |   |   |   |   |    |    |  |
|           | Ig  | G   | M   | P | Ds | Ac | Ad  |
| Niño      |  |  |  |   |    |    |  |
|           | Ig  | G   | M   | P | Ds | Ac | Ad  |



## Perfil Agresivo del participante 6

### Expediente clínico:

En el participante 6 se identificaron 5 conductas agresivas, las cuales se muestran a continuación:

|    |   |    |    |    |
|----|---|----|----|----|
|    |   |    |    |    |
| Ig | G | Ds | Ac | Ad |

### Educadora:

La educadora reporto que el participante 6 presentaba 5 conductas agresivas:

|    |   |   |    |    |
|----|---|---|----|----|
|    |   |   |    |    |
| Ig | G | M | Ds | Ad |

### Psicóloga:

La psicóloga indico que el participante 6, presentaba 1 conducta agresiva:

|    |
|----|
|    |
| Ad |










### Auto-reporte del niño:

El participante 6 no reporto realizar alguna conducta agresiva.

En las siguientes tablas se muestra la comparación entre la información abstraída de las cuatro vías y en las cuales se puede observar el porcentaje de coincidencia entre los mismos.







#### Expediente clínico y Educadora:

En la tabla se puede observar que la concordancia entre lo obtenido del expediente clínico y lo reportado por la educadora es de un 80%, donde las conductas en las cuales coincidieron son las siguientes: golpes, discusiones y actos de desobediencia.

|            |   |   |   |   |   |   |   |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Expediente |   |  |   |   |  |  |  |
|            | lg  | G   | M   | P | Ds  | Ac  | Ad  |
| Educadora  |  |  |  |   |  |   |  |
|            | lg  | G   | M   | P | Ds  | Ac  | Ad  |

#### Psicóloga y Educadora


En la tabla se puede observar que la concordancia entre lo obtenido del expediente clínico y lo reportado por la educadora es de un 20%, donde la conducta en la cual coincidieron fue en actos de desobediencia.

|           |   |   |   |   |  |    |   |
|-----------|---|---|---|---|--|----|---|
| Educadora |  |  |  |   |  |    |  |
|           | lg  | G   | M   | P | Ds   | Ac | Ad  |
| Psicóloga |   |   |   |   |  |    |  |
|           | lg  | G   | M   | P | Ds   | Ac | Ad  |

---






### Psicòloga y Niño

En la tabla se puede observar que no existe coincidencia alguna, pues la psicòloga solo reporto una conducta agresiva mientras que el niño no reporto ninguna.

|           |    |   |   |   |    |    |   |
|-----------|----|---|---|---|----|----|---|
| Psicòloga |    |   |   |   |    |    |  |
|           | Ig | G | M | P | Ds | Ac | Ad  |
| Niño      |    |   |   |   |    |    |   |
|           | Ig | G | M | P | Ds | Ac | Ad  |

### Educadora y Niño

En la tabla se observa que no existe concordancia alguna entre lo reportado por la educadora y el participante 6, pues ambos no lograron coincidir en ninguna de las conductas agresivas.

|           |   |   |   |   |   |    |   |
|-----------|---|---|---|---|---|----|---|
| Educadora |  |  |  |   |  |    |  |
|           | Ig  | G   | M   | P | Ds  | Ac | Ad  |
| Niño      |   |   |   |   |   |    |   |
|           | Ig  | G   | M   | P | Ds  | Ac | Ad  |

---

APÈNDICE 2

CUESTIONARIO

“Expresión y Conocimiento de Conductas Agresivas”



1.- ¿Te has sentido enojado, porque?

R.

2.- ¿Cómo nos damos cuenta que estamos enojados, que pasa en nuestro cuerpo?

R.

3.- ¿Por qué nos podemos sentir enojados?

R.

4.- ¿Qué haces cuando estás enojado?

R.



---

APÈNDICE 3

HOJA DE REGISTRO CONDUCTUAL



| Sesión N°  | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
|--|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
| Mañana   |       |        |           |        |         |        |         |
| Tarde<br> |       |        |           |        |         |        |         |
| Noche  |       |        |           |        |         |        |         |






APÈNDICE 4

CATÀLOGO DE CONDUCTAS AGRESIVAS

(Serrano, 2004 y Hernández, 2008)

| Categoría    | Símbolo   | Descripción  | Ejemplo   |
|--------------|---|--|---|
| *Insultos    |    | Emitir verbalmente cualquier palabra o frase con la intención de lastimar u ofender a alguien, o resaltar características físicas de otros compañeros, empleando groserías, menosprecios y defectos físicos. | Groserías, frases como: “hueles feo; tu no juegas; vete de aquí; estas gordo; estas negro”. |
|              | Ig  |  |   |
| *Golpear     |  | Actuar físicamente de manera agresiva, lesionando a otros compañeros con el empleo de golpes.  | Patadas, puñetazos, manotazos, mordidas, jaloneos, empujones, pellizcos.                    |
|              | G   |  |   |
| *Molestar    |  | Actuar físicamente en contra de sus compañeros, quitándoles objetos, aventando o destruyendo sus cosas o distrayéndolos de sus actividades.  | Arrebatrar, aventar o romper los cuadernos, lápiz, colores o juguetes de sus compañeros.    |
|              | M   |  |   |
| *Pleitos     |  | Discutir verbalmente con uno o más compañeros y actuar físicamente de manera agresiva.   | Empleo de opiniones contrarias, insultos, menosprecios, gritos, groserías y golpes.         |
|              | P   |  |   |
| *Discusiones |  | Llevar a cabo una conversación entre dos o más personas (compañeros y educadoras) en la cual se emiten opiniones contrarias y desacuerdos.   | Empleo de opiniones contrarias, insultos, menosprecios, gritos y groserías                  |
|              | Ds  |  |   |

|                         |   |  |   |
|-------------------------|---|--|---|
| *Accesos de cólera      |    | Es la aparición de conductas de manera repentina por ira, enfado o enojo, causando daño físico o verbal a personas u objetos materiales.   | Patalear, llorar, insultar, gritar a compañeros o educadoras por algún llamado de atención. Berrinches. Tomar los objetos materiales propios o ajenos y aventarlos, rayarlos, pisarlos o romperlos. |
|                         | Ac  |  |   |
| *Actos de desobediencia |    | Episodio de interacción entre la educadora y el niño en el que el ultimo viola o salta las normas o reglas establecidas o indicadas en el momento y se manifiesta de manera pública. | <b>Educadora:</b> “Termina tu tarea”.<br><br><b>Niño:</b> No quiero, no voy a trabajar.<br><br><b>Niño:</b> Se sale del salón.  |
|                         | Ad  |  |   |
| *Otras conductas        |  | Cualquier otra conducta como caminar, alejarse, recoger un objeto, comer, etc. Que no entre en alguna de las categorías anteriores.  | El camina alrededor del salón de clase o guarda sus cosas.  |
|                         | Or  |  |   |

---

APÈNDICE 5

**“PROGRAMA PARA DISMINUIR CONDUCTAS AGRESIVAS  
DIRIGIDO A VICTIMAS DE ABANDONO INFANTIL”**





Sesión de Presentación

| OBJETIVO GENERAL  | OBJETIVOS PARTICULARES  | MATERIALES   | DURACIÓN             |
|---|---|--|----------------------|
| <p>➤ Explicar el Objetivo y Contenido del programa a los escolares.</p> | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Explicar en qué consistirá cada una de las sesiones.</li><li>✓ Establecer criterios de disciplina para los escolares.</li><li>✓ Favorecer que los niños que participen en el programa se conozcan entre si.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Gafetes elaborados con el nombre de cada niño.</li><li>- Cartel “contenido de las sesiones.</li><li>- Cartel con Normas de permanencia”.</li><li>- Grabadora.</li><li>- CD con canciones infantiles.</li><li>- Pelota.</li><li>- Dulces.</li></ul> | <p>➤ 45 minutos.</p> |



SESIÒN N° 1 “Las Emociones”

| OBJETIVO GENERAL   | OBJETIVOS PARTICULARES  | MATERIALES  | DURACIÒN             |
|--|---|---|----------------------|
| <p>➤ Explicar y ejemplificar las características de las emociones a los escolares.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Que los escolares <i>conozcan</i> las manifestaciones de cuatro emociones: miedo, tristeza, alegría y enojo.</li> <li>✓ Que los escolares <i>identifiquen</i> las manifestaciones de las cuatro emociones.</li> <li>✓ Que los escolares <i>representen</i> las manifestaciones de las cuatro emociones.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cartel “Expresiones Faciales de: miedo, tristeza, alegría y enojo”.</li> <li>- Cartel “Cuerpos representando las manifestaciones de las cuatro emociones”.</li> <li>- Juego de paletas representando las emociones de: miedo, tristeza, alegría y enojo.</li> <li>- Tarjetas con el nombre de seis manifestaciones de cada una de las cuatro emociones.</li> <li>- Hoja de “Registro Emocional”.</li> <li>- Dulces: lunetas y bombones que serán utilizados como reforzadores del Aprendizaje y Participación de los escolares.</li> <li>- Hoja de Auto-registro.</li> </ul> | <p>➤ 90 minutos.</p> |

SESIÒN N° 2 “El Niño Gruñón”

| OBJETIVO GENERAL   | OBJETIVOS PARTICULARES  | MATERIALES   | DURACIÒN             |
|--|---|--|----------------------|
| <p>➤ Explicar y ejemplificar las características de la emoción de enojo a los escolares.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Que los escolares <i>conozcan</i> las características de la emoción de enojo.</li> <li>✓ Que los escolares <i>identifiquen</i> los diferentes tamaños de enojo.</li> <li>✓ Que los escolares <i>identifiquen</i> que situaciones les generan enojo.</li> <li>✓ Que los escolares <i>identifiquen</i> los síntomas de alerta de la expresión de enojo.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cartel del “Niño Gruñón”.</li> <li>- “Rabiometro” ejemplificando los diferentes tamaños de enojo.</li> <li>- Imágenes con los tamaños de la emoción de enojo: bronca, rabia, furia y odio, para la elaboración de un collage.</li> <li>- Papelería: cartulinas, tijeras, pegamento y colores.</li> <li>- Hoja de Auto-registro.</li> <li>- Dulces: paletas y bombones que serán utilizados como reforzadores del Aprendizaje y Participación de los escolares.</li> </ul> | <p>➤ 45 minutos.</p> |

SESIÓN Nº 3 “Conductas Agresivas”

| OBJETIVO GENERAL   | OBJETIVOS PARTICULARES  | MATERIALES   | DURACIÓN             |
|--|---|--|----------------------|
| <p>➤ Explicar el significado de Conductas Agresivas a los escolares.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Que los escolares <i>conozcan</i> las características del comportamiento agresivo.</li> <li>✓ Que los escolares <i>identifiquen</i> conductas agresivas de conductas no agresivas.</li> <li>✓ Que los escolares <i>diferencien</i> conductas agresivas de conductas no agresivas.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cartel del “Niño Agresivo”.</li> <li>- Imágenes con características que representan conductas agresivas y conductas no agresivas para la elaboración de un collage.</li> <li>- Papelería: cartulinas, y pegamento.</li> <li>- Dulces: papas, paletas y chocolates que serán utilizados como reforzadores del Aprendizaje y Participación de los escolares.</li> </ul> | <p>➤ 45 minutos.</p> |

SESIÒN N° 4 “El Niño Bravucón y el Niño Grosero”

| OBJETIVO GENERAL   | OBJETIVOS PARTICULARES  | MATERIALES   | DURACIÒN             |
|--|---|--|----------------------|
| <p>➤ Ejemplificar a los escolares dos tipos de Agresividad: Física y Verbal.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Que los escolares <i>conozcan</i> las características de las conductas de Agresividad física y de Agresividad verbal.</li> <li>✓ Que los escolares <i>identifiquen</i> las conductas de Agresividad física y de Agresividad verbal.</li> <li>✓ Que los escolares <i>diferencien</i> entre conductas de Agresividad física y Agresividad verbal.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cartel del “Niño Bravucón”.</li> <li>- Cartel del “Niño Grosero”.</li> <li>- Dulces: bombones, pulparindos y chocolates que serán utilizados como reforzadores del Aprendizaje y Participación de los escolares.</li> </ul> | <p>➤ 45 minutos.</p> |

SESIÓN Nº 5 “El Niño Asertivo”

| OBJETIVO GENERAL  | OBJETIVOS PARTICULARES   | MATERIALES  | DURACIÓN             |
|---|--|---|----------------------|
| <p>➤ Explicar el comportamiento Asertivo a los escolares.</p> | <p>✓ Que los escolares <i>conozcan</i> las características del comportamiento asertivo.</p> <p>✓ Que los escolares <i>identifiquen</i> que existen conductas alternativas a las conductas agresivas.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cartel del “Niño Agresivo”.</li> <li>- Cartel del “Niño Bravucón”.</li> <li>- Cartel del “Niño Grosero”.</li> <li>- Cartel del “Niño Asertivo”.</li> <li>- Tablero con imágenes pegadas de Conductas Agresivas y Conductas Asertivas (revueltas).</li> <li>- Dulces: galletas, lunetas y frutsis que serán utilizados como reforzadores del Aprendizaje y Participación de los escolares.</li> </ul> | <p>➤ 45 minutos.</p> |

SESIÓN Nº 6 “Aprendiendo a Respirar”

| OBJETIVO GENERAL  | OBJETIVOS PARTICULARES  | MATERIALES   | DURACIÓN             |
|---|---|--|----------------------|
| <p>➤ Explicar un ejercicio de Relajación como una forma de Autocontrol a los escolares.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Que los escolares <i>conozcan</i> el significado del concepto de Relajación.</li> <li>✓ Que los escolares <i>conozcan</i> la técnica de respiración.</li> <li>✓ Que los escolares <i>apliquen</i> la técnica de respiración como el inicio de la relajación.</li> <li>✓ Que los escolares <i>aprendan</i> a relajarse mediante juegos de respiración.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dulces: para reforzar el Aprendizaje y Participación de los escolares.</li> </ul> | <p>➤ 45 minutos.</p> |

SESIÓN Nº 7 “Aprendiendo a Relajarnos”

| OBJETIVO GENERAL   | OBJETIVOS PARTICULARES   | MATERIALES  | DURACIÓN             |
|--|--|---|----------------------|
| <p>➤ Explicar alternativas de Autocontrol a los escolares.</p> | <p>✓ Que los escolares <i>conozcan</i> la técnica de relajación.</p> <p>✓ Que los escolares <i>practiquen</i> la técnica de relajación.</p> <p>✓ Que los escolares <i>apliquen</i> la técnica de relajación.</p> | <p>- Dulces: para reforzar el Aprendizaje y Participación de los escolares.</p> | <p>➤ 45 minutos.</p> |

SESIÒN N° 8 “Párate y Piensa”

| OBJETIVO GENERAL  | OBJETIVOS PARTICULARES  | MATERIALES  | DURACIÒN             |
|---|---|---|----------------------|
| <p>➤ Enseñar la técnica de control del enojo a los escolares.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Que los escolares <i>detecten</i> su enojo antes de estallar.</li> <li>✓ Que los escolares <i>conozcan</i> la intensidad de su enojo y <i>detecten</i> las manifestaciones que este les provoca.</li> <li>✓ Que los escolares <i>identifiquen</i> situaciones generadoras de enojo.</li> <li>✓ Que los escolares <i>recuerden</i> y <i>apliquen</i> conductas asertivas como alternativas para el autocontrol de su enojo.</li> <li>✓ Que los escolares <i>recuerden</i> y <i>apliquen</i> la técnica de respiración para el autocontrol de su enojo.</li> <li>✓ Que los escolares <i>recuerden</i> y <i>apliquen</i> la técnica de relajación para el autocontrol de su enojo.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cartel del “Niño Gruñón”.</li> <li>- “Rabiometro” con los tamaños de enojo ver.</li> <li>- Cartel del “Niño Agresivo”.</li> <li>- Cartel del “Niño Bravucón”.</li> <li>- Cartel del “Niño Grosero”.</li> <li>- Cartel del “Niño Asertivo”.</li> <li>- Cartel de un “Semáforo”.</li> <li>- Dulces: chocolates y boign para reforzar el aprendizaje y participación de los escolares.</li> </ul> | <p>➤ 90 minutos.</p> |